Aus der Münchener Universitäts-Frauenklinik.

Bericht über die Fälle der Urogenitalfisteln des Weibes, die in den Jahren 1893—1908 an der Münchener Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung kamen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. BAYR. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT
ZU MÜNCHEN

ACAD.
MED. BAT.
BIBL.

vorgelegt von

Maryan Maryński
aus Posen.

Berlin.
Verlag von R. Trenkel.
1910.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Professor Dr. Döderlein.

Dem Andenken meiner Mutter;
meinem Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545819_0086

Genaue Aufzeichnungen über die Urinfisteln des Weibes finden wir erst bei den Schriftstellern am Ende des 16. und zu Anfang des 17. Jahrhunderts. Wenn auch einzelne Autoren erklären, daß dieses Leiden in den ältesten Zeiten äußerst selten gewesen sein muß, so können wir mit anderen doch wohl mit einiger Sicherheit annehmen, daß das Weib zu allen Zeiten darunter zu leiden hatte. Denn die prädisponierenden ätiologischen Momente werden wohl zu allen Zeiten mit wenigen Ausnahmen dieselben gewesen sein. Wenn auch daher die Geschichte der Ätiologie wenig Interessantes zu bieten vermag, so haben wir doch im Studium der Therapie die reichste Gelegenheit, zu beobachten, welche langwierigen und mühevollen Wege die operative Gynäkologie in Theorie und Praxis zurückzulegen hatte, bis sie nach siegreicher Überwindung aller technischen Schwierigkeiten ihre therapeutischen Bestrebungen auf ein befriedigendes Niveau erheben konnte. Nur der Chirurg konnte das mit einer Blasengenitalfistel behaftete Weib von einem Übel befreien, dessen Furchtbarkeit alle Autoren mit den düstersten Farben malen und der Dieffenbach in folgender Weise Ausdruck gibt: „Eine Blasenscheidenfistel ist für ein Weib das größte Unglück und besonders deshalb, weil es verdammt ist, damit zu leben und nicht einmal die Aussicht hat, daran zu sterben, sondern alle die damit verbundenen Qualen so lange zu ertragen, bis es einer anderen Krankheit oder dem Alter erliegt. Es kann keinen traurigeren Zustand geben als den, in welchen eine Frau durch eine Blasenscheidenfistel versetzt wird. Alle Familienbande zerreißt das scheußliche Übel; der Mann

wird mit Widerwillen gegen sein eigenes Weib erfüllt und die zärtlichste Mutter dadurch aus dem Kreise ihrer Kinder verbannt."

Was nun die Atiologie der Urogenitalfisteln, von denen zuerst die Blasengenital- und dann die Ureterfistel, und zwar die erworbenen, berücksichtigt werden sollen, anbetrifft, so können wir die Ursachen in drei große Gruppen einteilen:

1. Ursachen traumatischer Art,
2. Krankheiten des Urogenitalsystems,
3. Vorgänge im ursächlichen Zusammenhange mit der Geburt.

Selbstverständlich kann die Ursache für eine Blasengenital- oder Ureterfistel in einer Kombination zweier oder aller dieser Zustände begründet sein.

Wie bereits vermerkt, wenden wir uns zuerst den Blasengenitalfisteln zu.

Wir finden unter den Verwundungen verschiedene Typen. Pfälungs- und Stuprumverletzungen des Vesikovaginalseptums wurden, wenn auch selten, so doch ab und zu beobachtet. Häufiger kommen direkte Durchbohrungen der Vesikovaginalwand zustande bei der falschen Handhabung von Instrumenten zur Perforation und Embryotomie; die Anwendung der Zange dürfte wohl in den seltensten Fällen der Grund für eine Blasengenitalfistel sein. Knochensplitter des perforierten Kopfes können bei der Extraktion bis in die Blase dringen.

Von der Blase aus kann durch forciertes Katheterisieren, unvorsichtigen Gebrauch der Steinsonde und lithotryptischer Instrumente oder durch in die Blase gelangte Fremdkörper, wie Stecknadeln, Haarnadeln, die in onanistischer Absicht eingeführt werden, eine bleibende Kommunikation zuwege gebracht werden.

Nicht allzu selten wird in neuerer Zeit die Blasenscheidenfistel als Mißerfolg bei der Totalexstirpation des Uterus, besonders des karzinomatösen, beobachtet. Auch Operationen wie Symphyseotomie und Hebosteotomie oder Operation der atresia vaginae haben durch einen fehler-

haften Schnitt Veranlassung zur Fistel gegeben. Eine absichtliche Blasenverletzung wird gelegentlich bei einer abdominalen Radikalexstirpation des krebsigen Uterus herbeigeführt.

Es kamen auch Fisteln zur Beobachtung, die dadurch entstanden, daß ein inkorrektes oder ungebührlich lange liegendes Pessar die Blasenscheidewand zur Nekrose brachte.

Über einen interessanten und in der Literatur vielleicht einzig dastehenden Fall berichtet Fritsch, wo bei einem Mädchen die Fistel die Folge einer Beckenfraktur war; die absteigenden und horizontalen Schambeinäste waren frakturiert und hatten die Blase und Scheide perforiert.

Die zweite Reihe von Ursachen zur Fistelbildung umfaßt gewisse Krankheiten des Urogenitalsystems neoplasmatischer oder infektiöser Natur.

Unter den ersteren spielt das vorgeschrittene Karzinom der Portio und der Zervix, das auf die Vagina übergegangen ist und bei dem in den letzten Stadien ein Durchbruch nicht nur der Vesikovaginalwand, sondern auch der Rektovaginalwand sich ereignet und zur wahren Kloakenbildung Veranlassung gibt, die Hauptrolle.

Ob syphilitische und tuberkulöse Prozesse zu einem Durchbruch in die Blase führen können, wird von den einen Forschern angezweifelt, während andere es nicht nur für möglich, sondern für erwiesen halten.

Ebenso verhält es sich mit dem chronischen Blasenkatarrh, der nach W. A. Freund wohl kaum zur Fistelbildung in die Scheide führen kann.

Von anderen Krankheiten der Harnblase kommt nur die Steinbildung hier in Betracht. Blasensteine geben sowohl während als auch außerhalb des Geburtsvorganges nicht selten Veranlassung zur Durchbohrung der Vesikovaginalwand. Diese Konkremente können Entzündungen und im weiteren Verlaufe eine Vereiterung der sie meist umschließenden Ausbuchtungen an der hinteren Blasenwand hervorrufen, und der gebildete Eiterherd entleert sich in benachbarte Organe, z. B. in die Scheide.

Die bei weitem häufigste Ursache jedoch zur Entstehung von Blasengenitalfisteln wird gebildet durch die Vorgänge bei der Geburt. Die Schuld ist einem räumlichen Mißverhältnisse zuzumessen zwischen dem vorliegenden kindlichen Teile und dem mütterlichen Becken, welches sich beim Durchtritt der Frucht durch den Genitalkanal geltend machen muß. In den meisten Fällen handelt es sich hier um enge Becken. Von den Kindslagen kommen fast nur Schädellagen in Betracht; bei Beckenendlagen sind die vorliegenden Teile sehr weich, und es kommt deshalb sehr selten zur Zerstörung mütterlicher Gewebe, ebenso wie verschleppte Querlagen mit eingestellter Schulter nur ausnahmsweise-Veranlassung sein werden. Nicht ein einmaliger, wenn auch starker Druck ist es, der so zerstörend wirkt, denn dieser wird von den Geweben, den Weichteilen, verhältnismäßig gut ertragen, sondern es handelt sich meist um einen lange anhaltenden Druck, der nicht einmal sehr hochgradig zu sein braucht. Die betroffene Partie verfällt infolge der Zirkulationsstörung und Ernährungsstörung der Nekrose; es bildet sich bald ein Schorf, der nach Verlauf einiger Tage sich abstößt. Da die Druckgangrän meist die Vesikovaginalwand, seltener die Vesikozervikalwand ergreift, hat die Wöchnerin im Verlaufe einer langdauernden Geburt eine Blasenscheidenfistel akquiriert.

Beim weiten Becken kommen Blasenscheidenfisteln nur bei übermäßig großen Kindern oder Hydrozephalen vor. —

Wenn auch einige Geburtshelfer der Zange einen begünstigenden Einfluß auf die Entstehung der Blasenscheidenfistel zuschreiben wollen, so können dem die Worte Küstners entgegengestellt werden: „Es sind nicht Fehler auf dem Gebiete geburtshilflicher Kunst, durch welche das Gros der Blasenscheidenfisteln zustande kommt, sondern das Fehlen geburtshilflicher Kunst in dem geeigneten Momente. Die meisten Fisteln wären nicht entstanden, wenn bei der betreffenden Geburt rechtzeitig ein Arzt zur Stelle gewesen wäre und die Perforation oder die

Wendung vorgenommen und so die schwer insultierten Weichteile weiter vor ominösem Druck bewahrt hätte."

Je nach dem Sitz der so entstandenen Fistel unterscheidet man unter den Blasengenitalfisteln drei Unterarten, die Blasenuterusfisteln, Blasenuterusscheidenfisteln und die eigentlichen Blasenscheidenfisteln. Zu dieser Gruppe kann man noch die Harnröhrenscheidenfisteln rechnen.

Je nach dem Sitz kann auch die Diagnose einer Blasengenitalfistel sehr leicht, mitunter aber auch sehr schwierig werden. Für alle Fälle wird aber wohl die heute überall angewandte und empfohlene Probe mit gefärbter Flüssigkeit genügen.

Die Prognose quoad vitam ist zwar nicht ungünstig, doch ist andrerseits, wie bereits oben erwähnt, das Leiden so furchtbar, daß es leicht erklärlich ist, weshalb es an Heilbestrebungen niemals gefehlt hat. Ebenso lange als diese Fisteln selbst kannte man auch die großen Schwierigkeiten, die sich ihrer Heilung — abgesehen von den Fällen spontaner Heilung kleiner Fisteln — entgegenstellen.

Obwohl schon im Jahre 1663 Hendrick van Roonhuyzen zur Heilung einer Blasenscheidenfistel die Anfrischung der Fistelränder und Anlegen einer Naht empfahl, so wurden dennoch bis Anfang des 19. Jahrhunderts immer wieder und wieder Versuche gemacht, die Heilung durch Kauterisation der Fistelränder mit oder ohne vorangehende Anfrischung, Tamponade der Scheide und Katheterisation der Blase zu bewerkstelligen.

1812 wurde neuerdings von Naegele der Gedanke der Anwendung einer Naht aufgenommen; bald wurde eine Anzahl zum Teil kompliziertester Nahtmethoden angegeben mit dem Erfolge, daß um die Mitte des 19. Jahrhunderts die geschicktesten Operateure ihrer Zeit, wie Dieffenbach, den Verschluß einer großen Blasenscheidenfistel für unmöglich fanden. Unter 35 Fällen konnte Wutzer z. B. nur elf seiner Patientinnen Heilung bringen, und auch das nur nach unendlichen Mißerfolgen.

Doch bald darauf wurde die Operationstechnik auf

bisher ungeahnte Höhe gebracht durch Jobert de Lamballe mit seiner opération autoplastique par glissement, Natan Bozemann aus Neuyork mit seiner präparatorischen Erweiterung der narbig verengten Scheide, dem preparatory treatement, und in Deutschland durch Gustav Simon, der durch die Freilegung der Fisteln durch Spekula, durch seine mustergültigen theoretischen und praktischen Untersuchungen über den Einfluß des Urins auf Wunden und namentlich durch seine genaue Anfrischung und Vereinigung der Wundränder der Therapie den Erfolg zu verbürgen schien.

Simon (1862) zog selbst diejenigen Fisteln in den Bereich seiner Operationen, vor deren Größe alle früheren Operateure zurückschreckten und, zum Teil keinen operativen Eingriff wagend, die Hände resigniert in den Schoß legten. Die Idee Vidal de Cassis aufnehmend, schlug er bei sehr großen Fisteln eine Operation vor, die heute als quere Obliteration der Scheide oder kurzweg Kolpokleisis genugsam bekannt ist. Dieses Operationsverfahren beherrschte mit seinen Abarten der Episiostenosis, dem Verschluß der Vulva, sowie der Hysterokleisis, der Annähung des unteren Fistelrandes an die hintere Muttermundslippe, lange Zeit die Therapie der großen Fisteln. Der Effekt der Operationen ist klar: Scheide und Blase bilden ein geräumiges Urinreservoir, die Entleerung erfolgt, wenn nur ein Teil der Urethra mit funktionsfähigem Sphinkter erhalten ist, willkürlich in genügend langen Pausen. Durch eine verhältnismäßig geringfügige Operation wurden die Frauen in einen gegen ihre frühere Lage geradezu glänzenden Zustand versetzt.

Doch bald wurde man sich bewußt, daß die Kolpokleisis nur ein Notbehelf war, unwürdig der Fortschritte der modernen Chirurgie. Die Operierten erkauften ihre Heilung mit dem Opfer der Unfruchtbarkeit und meist auch der Kohabitationsmöglichkeit, was namentlich bei jungen verheirateten Frauen von Bedeutung ist, denn bei großen Blasenscheidenfisteln mußte die Kolpokleisis im Harnröhren-

teil zur Ausführung kommen. Die Erfahrungen der Folgezeit lehrten auch, daß diese Operationsmethode nicht nur zur ärgsten Verstümmelung führte, sondern daß sie auch häufig sehr gefährlich war. Schon Bozemann erhob gegen sie den Vorwurf, sie führe zur Stagnation und Zersetzung des Urins in dem neugebildeten Harnreservoir, damit zur Konkrementbildung und schließlich zur Pyelitis und Pyelonephritis. Seine diesbezüglichen Erfahrungen legt Fritsch in folgenden Worten nieder: „Ich habe in allen Fällen von Kolpokleisis schwere tödliche Nachkrankheiten gesehen. Es bilden sich Blasenkatarrhe aus, oder es entstehen große Blasenvaginalsteine, die allmählich die Blase so verändern, daß der Sphinkter an der Ureteröffnung nicht mehr funktioniert, Pyelonephritis und Nephritis führen zum Siechtum und Tod.“ Noch schärfer verdammt Mackenrodt dieses Verfahren, wenn er sagt: „Das Schicksal der meisten mit dem abscheulichen Mittel der Kolpokleisis behandelten Fälle läßt die Ausführung der Kolpokleisis nur entschuldigen durch den wahrhaft verzweifelten Zustand, in welchem sich an unheilbaren Blasenscheidenfisteln leidende Frauen befinden. Bei dem Anblick solcher Frauen fragt es sich, welches Gefühl bei dem Arzt die Oberhand gewinnt, das Mitleid mit der Kranken oder die Abneigung gegen eine wissenschaftlich nicht zu rechtfertigende Operation.“

Bis tief in die neunziger Jahre war nach Winckel die Indikation zur Kolpokleisis gegeben, wenn die Fisteln so groß oder deren Ränder so rigide und starr mit der Symphyse resp. den absteigenden Schambeinästen verwachsen waren, daß eine direkte Vereinigung durch die Naht nicht erzielt werden konnte. Sobald aber einmal an der Kolpokleisis scharfe Kritik geübt war, mußte die Folgezeit auch eine Ersatzmethode bringen. Und in der Tat wurden nun kurz nacheinander nicht nur ein, sondern so zahlreiche Verfahren empfohlen und erprobt, daß es schwer fällt, sich in allen diesen Operationsmethoden zu orientieren. Eine Gruppierung dieser Operationen kann höchstens nach lokalen Gesichtspunkten stattfinden; und so unterscheidet

man auch wohl: ventrale, ventrovaginale und vaginale Operationsmethoden.

Die ventralen Fisteloperationen fanden ihre Anhänger namentlich in Trendelenburg, Schauta, Bardenheuer Frank u. a. Immobile, besonders hoch in der Scheide gelegene Fisteln, die von der Vagina aus nicht operierbar waren, wurden nun vom Abdomen aus in Angriff genommen. Dicht über der Symphyse werden die Bauchdecken — wie beim hohen Steinschnitt — durch einen queren, ungefähr 16 cm langen Schnitt durchtrennt, darauf die Blase bloßgelegt und nunmehr auch diese quer, parallel und in der Nähe der peritonealen Umschlagsfalte eröffnet. Die Blasenwunde wird breit auseinandergezogen, die Blasenränder an die Bauchwunde genäht, um einen Abfluß des Blaseninhalts in die Bauchhöhle zu verhindern, und zuletzt wird die Fistel, wie gewöhnlich, angefrischt und mit Katgutnaht vereinigt.

Dieses zuerst von Trendelenburg empfohlene und mit gutem Erfolg angewandte Verfahren zeigte jedoch einen Übelstand, namentlich den, daß bei Wiedereintritt von Schwangerschaft die Abtrennung der musculi recti von der Symphyse Bauchbrüche zur Folge hatte. Es wurden daher verschiedene Modifikationen angegeben, doch wurde im Prinzip die sectio alta beibehalten. Hervorgehoben zu werden verdient nur Bardenheuer, der die Blasenspaltung dadurch zu umgehen sucht, daß er die Blase vom suprasymphysären Explorativschnitte aus extraperitoneal bloßlegt, sie entsprechend der Lage der Fistel aus ihrer Umgebung ausschält und nach möglichst schiefer Anfrischung der mobilisierten Fistelränder diese mit Silberdraht vernäht.

Hinzufügen möchten wir noch, daß gegenüber diesen extraperitonealen Methoden eine peritoneale von v. Dittel angegeben und in der Wiener Klin. Wochenschrift (1893 Nr. 25) publiziert wurde.

Ein kombiniertes Vorgehen vom Abdomen und der Vagina aus zugleich gab Fritsch an in der ventrovaginalen

Methode, indem er in der Ablösung der musculi recti und der Bauchfaszie vom Knochen nichts Bedenkliches sieht. Es operiert wie folgt: Bauchschnitt horizontal dicht über der Symphyse, Abdrücken der Blase von der vorderen Beckenwand bis an das ligamentum arcuatum. Zwar sind beim Losdrücken Blasenverletzungen fast niemals zu vermeiden, doch heilen diese in der Regel ohne Naht spontan. Der Zweck ist, die Blasenwand von oben genügend zu mobilisieren. Ist dies geschehen, so wird die Fistel selbst von der Scheide aus in Angriff genommen, doch erst sechs bis sieben Tage später und wie üblich durch Naht geschlossen.

Gleichzeitig mit der Schöpfung aller dieser ventralen resp. ventro-vaginalen Operationen nahm aber auch das rein vaginale, bis dahin immer noch bei Simon stehen gebliebene Verfahren einen eminenten Aufschwung. Im Jahre 1888 hatte Fritsch den Beweis geliefert, daß sich das Prinzip der Lappenspaltung und Lappenverschiebung mit Vorteil für die Heilung der Blasenscheidenfisteln nutzbar machen ließe. Es soll nicht verschwiegen werden, daß die Lappentransplantation — als Operationsmethode schon längst bekannt — auch bei der Episiostenosis wie bei der Kolpokleisis vielfach Verwendung gefunden hatte, daß Transplantationen auch in der Vagina schon Rydigier, wohl als erster, ausgeführt hat, doch war erst Fritsch für die Folgezeit von Bedeutung. 1889 machte Walcher darauf aufmerksam, daß der Fistelverschluß durch gründliche Exzision sämtlichen Narbengewebes unter möglichster Schonung der gesunden Partien erzwungen werden kann. In konsequenter Befolgung dieser Anregungen gelang es Mackenrodt, das Prinzip der Fritschschen Methode mit der Narbenexzision in glücklicher Weise zu vereinigen, auszubauen und im Jahre 1894 mit seinem Verfahren: die operative Heilung großer Blasenscheidenfisteln, an die Öffentlichkeit zu treten. Unter Beibehaltung des Prinzips der Trennung der Blase von Uterus und Vaginalwand und Vernähung der Blasenfistel für sich wird der Uterus zur

Defektdeckung in folgender Weise herangezogen: Nachdem die Portio vaginalis und der unterste Fistelrand mit Hakenzangen gefaßt, der Uterus nach unten gezogen und die vordere Vaginalwand durch einen median durch die Fistel gehenden Schnitt durchtrennt ist, wird die Blase seitwärts und nach oben von der Vaginalwand und vom Uterus stumpf abgelöst. Alle Narbenzüge werden dabei sorgfältigst exzidiert. Ein Verschluß der so mobil gemachten fistulösen Blasenwand mit Silkwormnähten bietet jetzt keine Schwierigkeiten mehr. Die Ränder der Vaginalfistel werden nun, jeder einzeln für sich, auf die vordere Uteruswand aufgenäht, so daß der Defekt ersetzt ist. Dadurch soll gleichzeitig einer Retroflexio uteri vorgebeugt werden, die durch narbige Schrumpfung der vorderen Vaginalwand oft bedingt war. Nach Mackenrodt selbst soll diese Methode nun das Normalverfahren sein, da es die Ungefährlichkeit des Eingriffes mit der Sicherheit des Erfolges verbindet: „Wir benötigen weder der Kolpokleisis als Notbehelf, noch der Laparotomie als ein zwar sicheres, aber äußerst gefährliches Mittel, um die Fistel zu heilen. In der geschilderten Methode betreten wir den natürlichen Weg der Blasenscheidenfistel-Operationen, welcher die Sicherheit des Gelingens mit der Gefahrlosigkeit der Ausführung verbindet."

Der Vollständigkeit halber muß hier noch eine Methode Erwähnung finden, die im Jahre 1895 Freund publiziert hat und die von ihm in zwei Fällen mit sehr gutem Erfolg angewandt wurde. Der äußere Muttermund wird durch Anfrischung und Katgutnaht geschlossen, die hintere Douglassche Tasche eröffnet und der retroflektierte Uterus in die Vagina durchgezogen. Die ursprünglich hintere, jetzt vordere Fläche wird blutig angeschabt und wie bei der Mackenrodtschen Methode in die eingefrischte Fistel — Blasen- und Vaginalwand — eingenäht, nachdem der Uterus am Fundus „gelocht" d. h. mit einer konischen Öffnung versehen wurde. Durch dieses Loch findet später das Sekret und das Menstrualblut Abfluß. Spätere Operateure

zogen den Uterus nicht durch den hinteren, sondern durch den vorderen Douglas.

Es kann der Freundschen Operationsmethode der Vorwurf nicht erspart bleiben, daß sie ein verstümmelndes Vorgehen ist. Wie die Kolpokleisis schließt sie zwar nicht die Kohabitation, wohl aber die Konzeption aus. Der Uterus fällt über kurz oder lang der Atrophie anheim infolge der starken Torsion der Blutgefäße; weiter wird geltend gemacht, daß durch starke Granulation der Uterusserosa und der wunden Scheidenwände trotz ausgiebiger Tamponade eine hochgradige bis zum Verschluß führende Verengerung der Scheide stattfindet.

Diese Verschiedenheit und Vielgestaltigkeit der Operationen zwecks Heilung der Blasenscheidenfisteln führen schon den Beweis, daß es undurchführbar ist, alle Fisteln nach einer schematischen Schulmethode anzugreifen. Die mannigfaltigen Komplikationen anatomischer Natur, die narbigen Veränderungen, die Harnsalzinkrustationen, der verschiedene Sitz, die Größe, alles Faktoren, die fast jeden Fall von dem vorhergehenden verschieden erscheinen lassen, verlangen, daß in jedem Falle den vorliegenden Verhältnissen aufs genaueste Rechnung getragen wird. Auch hier muß man individualisieren, und darin sind sich alle Operateure einig. Selbst das Verfahren Mackenrodts kann nicht den Anspruch erheben, das Normalverfahren zu sein. Fritsch, wohl der erfahrenste Operateur auf diesem Gebiet, verkennt zwar nicht die von ihm selbst inaugurierten Anschauungen Mackenrodts, doch warnt er dringend vor einer einseitigen Anwendung dieser Operation, wenn er im Veitschen Handbuch für Gynäkologie sagt: „Ich glaube nicht, daß diese Methode etwa alle Schwierigkeiten lösen und als ausschließliche Methode der Blasenscheidenfistel-operationen gelten wird. Kleine Fisteln sind gewiß in einfacher Art direkt zu schließen, und bei großen ist die Lösung der Blase wegen vieler, unberechenbarer Narbenstränge in der Tiefe nicht möglich, ohne neue Verletzungen zu machen. Die stumpfe Ablösung gelingt sicher nur in

den Fällen, die wegen mangelnder Narben sich auch auf die andere Weise operieren lassen.“ Eine Anzahl Operateure hält auch noch an der früheren Methode der Fisteloperation, der Anfrischung und einfachen Naht, fest, wohl aus denselben Gründen.

Fassen wir alle Operationsmethoden noch einmal kurz zusammen und sehen, welche Operationen heutzutage angewandt werden, um die Heilung einer Blasenscheidenfistel anzustreben, so finden wir, daß namentlich folgende im Gebrauch sind:

1. Schließung der Fistel in einer oder mehreren Sitzungen. Einfache Anfrischung und Naht;
2. Lappenplastik. Plastische Operation nach Mackenrodt;
3. ventrovaginale Operation nach Fritsch;
4. Operation vom Blaseninnern nach Trendelenburg;
5. Implantation des Uterus in die Fistel nach Freund:
6. Kolpokleisis.

Daß manche Operateure nur ein einziges, oft eigenes Verfahren, mit bestem Erfolge anwenden, ist selbstverständlich und es mag zum Beweis dafür Küstner dienen, der hart vor der heruntergezogenen oder fixierten Portio einen Querschnitt führt, „als wenn man die Totalexstirpation des Uterus oder eine vordere Kolpotomie machen wollte“. Darauf wird von den Enden dieses Schnittes ein zweiter um die Fistel geführt; die zervikale Partie des Uterus wird in beträchtlicher Ausdehnung abgelöst, und die großen Wundflächen werden aufeinandergenäht. Allen angeführten Methoden stellt Küstner die seinige mit folgenden Worten gegenüber: „Alle diese komplizierten Verfahren haben sich mir in den letzten fünf Jahren, in denen ich gegen 40 tokogenetische (d. h. durch Geburten entstandene) Fisteln operiert habe, als völlig entbehrlich erwiesen, seitdem ich eine Methode zur Anwendung bringe, welche ich selbständig erdacht und ausgeführt, welche aber von Wolkowitz zuerst gemacht ist.“ Und weiter: „Die Methode verdient alle

Empfehlung. Sie soll bei jeder schweren Fistel gemacht, vor jeder anderen Methode versucht werden."

Mögen für diese Methode auch die glänzenden Erfolge sprechen, so muß dennoch erst die Zukunft lehren, ob sie auch allen Fisteln, nicht nur den tokogenetischen, vollständige Heilung bringen kann.

Im folgenden wollen wir nun über die Blasengenitalfisteln und weiter unten über die Ureterfisteln berichten, die in den Jahren 1893—1908 an der Münchener Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung und zum größten Teil auch zur Behandlung kamen.

1. J.-Nr. 88/93. 202/93. 129/94.

Hausmeisterstochter Maria S., 28 Jahre, wurde einmal durch Perforation entbunden. Seit dieser Zeit beständiger, unwillkürlicher Urinabgang. 1. V. Aufnahme in die Klinik.

Befund: 3 cm oberhalb des tub. vag. eine 2 : 3 cm große Fistelöffnung zur Blase bis zur adhärenten vorderen Muttermundslippe reichend; mündet nahe der Ureterenmündung im Trig. Lieut.

Tamponade zur Dilatation der Fistel mit Jodoformsalbetampon.

17. V. Lostrennung der Blase von der Scheide; beide getrennt vernäht. Die Narbe wird nicht exzidiert, sondern es wird im saftigen, blutreichen Gewebe der Narbe inzidiert. Katheterisation.

23. VI. Im rechten oberen Winkel noch eine stecknadelkopfgroße verdächtige Stelle.

26. VII. Urinabgang. 2 cm nach rechts und etwas nach oben vom äußeren Muttermund erbsengroße rundliche Öffnung; sie wird 3—4 cm weit vom inneren Rande umschnitten. Blasen- und Scheidenwand nach dem Rande zu voneinander abgelöst und gesondert vernäht. Milchprobe positiv. Jodoformstreifen bleibt zwei Tage lang liegen.

6. VIII. Nähte mit Harnsalzen inkrustiert; Fistel eitrig belegt. Urinabgang. Spülung der Blase mit Salizylsäurelösung.

18. VIII. Die Stelle, wo die Fistel war, ist weder eitrig, noch schmierig belegt. Eine Kommunikation nicht nachweisbar. Weitere Spülungen; Urin fließt wenig aus der Scheide.

7. XI. Eine etwa 2—3 mm im Durchmesser habende ovale Öffnung befindet sich im rechten oberen Scheidengewölbe, von narbigem Gewebe umgeben. Aus dieser Öffnung träufelt beim Einführen der Spekula Urin, den die Patientin durch ihren constrictor cunni zurückzuhalten vermag.

10 XI. Umschneidung des Randes ca. $1^1/_2$ cm weit davon entfernt. Lospräparierung dieses Randes im submukösen Gewebe, also zwischen Blase und Scheidenschleimhaut. Vernähung der tiefen Schicht mittels Katgutfäden in fortlaufender Naht. Sodann Vernähung der Scheidenwunde in derselben Weise über der ersten Naht durch fünf Seidensuturen. Milchprobe positiv. Katheterisation.

18. XI, Urinabgang durch die Scheide.

29. XI. Es besteht wieder eine kleine Kommunikation zwischen Blase und Scheide. Die Nähte werden nicht entfernt. Patientin wird entlassen, um sich im Januar 1894 zur Operation einzufinden.

26. VI. 94. Patientin wurde fünfundzwanzigmal operiert; zu Marburg ein Scheidenverschluß gemacht, in München geöffnet und Fisteloperation in Angriff genommen.

3. VII. Hinterer Rand der Fistel umschnitten und dann ohne versenkte Nähte durch zehn Seiden- und eine Katgutnaht vereinigt. Milchprobe positiv.

24. VII. Patientin wird als kontinent entlassen.

2. J.-Nr. 91/93.

Bauernfrau Marie L. 43 J.

Hat neun Geburten durchgemacht, davon fünf spontan, vier Zangen; auch letzte Zangengeburt. Acht Tage p. p. im Bett, beim Aufstehen spontaner Urinabgang.

6. V. In der vorderen Muttermundslippe, bis ins vordere Vaginalgewölbe reichend, eine tiefe Narbe, an deren oberen Ende eine kleine Öffnung ist.

8. V. Excision der Fistelnarbe. Anfrischung der Cervix-vaginalnarbe. Vernähung. Katheterisation. Fistel schlußfähig.

16. V. Geheilt entlassen.

3. J.-Nr. 130/93; 16/96; 746/98.

Putzarbeiterin Therese R. 24 J.

Ein p. durch Perforation nach dreitägiger Wehendauer 1891. Seit der Entbindung kann Patientin kein Wasser halten; wurde schon einmal operiert.

13. XI. 91 Diagnose: Vesico-utero-uretero-vaginalfistel; wurde versenkt resp. geschlossen.

13. I. 92 Operation der Fistula utero-vaginalis.

5. III. Nachoperation. Verschluß einer alten Blasenscheidenfistel über der alten Fistel. Geheilt entlassen am 16. III. 92.

25. VI. 93. Aufnahme in die Klinik. Narbenstrang im Vaginalgewölbe, von rechts vorn nach links hinten hinüberreichend. Operation notwendig.

16. VII. Patientin entzieht sich eigenmächtig der Behandlung.

15. I. 96. Aufnahme in die Klinik. Angeblich schon sechsmal operiert. Im Liegen kann sie sich höchstens drei viertel Stunde, im Umhergehen nur eine viertel Stunde trocken halten.

4. II. Fistel bloßgelegt. In der Richtung nach dem Muttermund und in entgegengesetzter Richtung vom Rande der Fistel ein 1 cm langer Einschnitt gemacht. Der Saum der Fistel etwa 2 mm breit rings umschnitten, die Wand derselben von der Scheide auf eine Strecke von $1^1/_2$ cm losgelöst; die Öffnung nach der Blase hin durch vier Seidensuturen geschlossen. Milchprobe positiv. Dabei zeigt sich aber, daß von rechts her durch eine stecknadelkopfgroße Öffnung rechts von der Urethra Milch in die Scheide ausspritzt. Nachdem die Scheidenwand durch sechs feine Seidenfäden geschlossen war, wurde, um den Sitz dieser zweiten kleinen Fistel noch genauer festzustellen, die Blase nochmals mit Milch gefüllt. Bei der zweimaligen Einführung des Katheters ergab sich zu gleicher Zeit die Existenz eines

offenbar in der hinteren Wand festsitzenden, bisher nicht gefühlten Steines, der später durch Dilatation der Harnröhre entfernt werden soll.

9. II. Nachts unwillkürlicher Urinabgang.

17. VI. Bei der bimanuellen Untersuchung fühlte man in der erbsengroßen Öffnung links im Vaginalgewölbe ein längliches Konkrement, welches nach Bloßlegung der Öffnung mit der Pinzette gefaßt und extrahiert wurde. In demselben fand sich eine fil de florence-Schlinge. Milch in die Blase spritzte aus jener Öffnung im Strahl hervor. Fistelrand von der Vagina aus in einer Breite von 3 mm umschnitten. Blasenwand bloßgelegt und für sich vernäht. Milchprobe positiv. Vaginalwunde in derselben Richtung geschlossen.

18. VI. Abgang von Urin.

16. VII. Patientin auf eigenes Verlangen entlassen.

3. VII. 98. Wiederaufnahme. Patientin ist zwölfmal operiert worden. In der Höhe des Vaginalgewölbes eine von Narbenwülsten umgebene ovale Öffnung, die einen Teil der Fingerkuppe aufnimmt.

9. VII. Die breite Narbe, welche nach links und vorn ging, vertikal durchschnitten. Der linke neben der vorderen Lippe befindliche Fisteltrichter wird umschnitten und von der Umgebung losgelöst, darauf mit fortlaufender Katgutnaht zunächst geschlossen und unterhalb desselben die Wundfläche nach der Scheide hin ebenfalls durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt.

12. VII. Bei Blähungen geht etwa alle Stunden etwas Urin mit ab.

10. VIII. Patientin ist fortgegangen.

4. J.-Nr. 143/93.

Taglöhnerin Anastasia B. 65 J.

5 partus.

7. VII. Aufnahme in die Klinik. Ulcus cancroid. cervicis mit Übergreifen auf die hintere Blasenwand und karzinomatöse Blasenscheidenfistel. Die ganze Vagina durch maligne Infiltration ergriffen. Von portio vag. nichts mehr

zu fühlen. An der vorderen Scheidenwand talergroße, durch Wundenrand begrenzte Vesiko-vaginalkommunikation.

17. VIII. Karzinomgewebe mit scharfem Löffel entfernt und kauterisiert, soweit wie möglich; Jodoformgaze, Salizylwattetampon; Fistel natürlich unberührt gelassen.

5. J.-Nr. 184/93.

Ziegeleibesitzersfrau Barbara V. 34 J.

8 p., davon 7 normal, letzter forceps. Ein Tag p. p. Harnabfluß.

30. IX. Aufnahme in die Klinik. Karzinomatöse Fistel; inoperabel; entlassen.

6. J.-Nr. 213/93.

Bindersfrau Franziska Sch. 34 J.

6 partus, davon 4 spontan, V. perforation, VI. Querlage. Wendung unmöglich, doch versucht. Gleich p. p. Urinabgang.

13. XI. Aufnahme in die Klinik. Eine spaltförmige Fistel sitzt in der vorderen oberen Vaginalwand. Von der Fistel geht eine Narbe bis zur vorderen Lippe, die gespalten ist. In ruhiger Bettlage kann Patientin Urin halten.

29. XI. Fistelrand umschnitten. Blasenrand und Scheiden- bzw. Portioschleimhaut, jedes für sich isoliert, vernäht. Milchprobe positiv. Jodoformtampon.

6. XII. Urin soll unwillkürlich nicht durch die Harnröhre abgegangen sein.

12. XII. Ungeheilt entlassen.

8. I. 94. Wiederaufnahme. Die am 29. XI. 93 operierte Fistel ist gut geheilt. Milchprobe positiv. Aber $^1/_2$ cm vom äußeren Muttermund entfernt führt ein Fistel in die Blase. Zervixkommissuren werden getrennt bis zum Ansatz des Vaginalgewölbes. 1 cm langer Spalt; Ränder umschnitten und geschlossen. Hierauf mit 2—3 fils de florence seitlichen Kommissuren geschlossen.

15. I. Urin wird willkürlich entleert.

7. J.-Nr. 241/93.

Sägarbeitersfrau Walpurga R. 30 J.

8 partus, letzter forceps. 8 Tage p. p. trat unfrei-

williger Urinabgang ein. Patientin kann Wasser nicht halten. Unerträglicher ammoniakalischer Geruch. 19. XII. Aufnahme in die Klinik. Ca. 3—4 cm vom Introitus kommt man an der vorderen Wand an einen Defekt derselben. 1 cm lang, 2 cm breit, geht ca. $^1/_2$ cm in die vordere Muttermundslippe über.

10. 1. 94. Fistel umschnitten. Blasenwand abpräpariert. Hinterer Fistelrand mit Seide, Scheidenwand mit Katgut vereinigt. Jodoformgazetampons.

Urin wird willkürlich entleert.

8. J.-Nr. 73/94.

Häklerin Paula B. 27 J.

3 partus, davon 2 perforation, 1 Wendung. Seit der letzten Geburt konnte Patientin das Wasser nicht mehr halten. Nach Angabe der Patientin bestand eine Blasenscheiden- und Urethralfistel, von denen die Blasenscheidenfistel durch neunmalige Operation geheilt worden sein soll. Die Urethralfistel soll fortbestehen. Patientin kann im Bette und sitzend das Wasser halten, nur beim Gehen geht es unwillkürlich ab.

26. IV. Aufnahme in die Klinik.

Harnröhrenmündung liegt dicht unterhalb der Klitoris. Bei der Milchprobe sieht man eine kleine Fistel im Harnröhrenscheidenseptum, etwa 2 cm unterhalb der Harnröhrenmündung. Eine zweite besteht zwischen Blase und vorderer Muttermundslippe etwas links von der Mittellinie.

27. IV. Zunächst wird die obere Fistel mit Häkchen freigelegt und die Umgebung gespannt; Fistel etwa 1 mm weit umschnitten und zunächst die der Harnröhrenwand angehörende Öffnung, darüber quer die Scheidewand exakt geschlossen. Milchprobe positiv. Sodann wird mit der Blasengebärmutterscheidenfistel geradeso verfahren. Dann wird erst links, dann rechts ein dreieckiger Lappen aus der portio exzidiert, und die Wundflächen werden exakt vernäht. Muttermund, eine $^3/_4$ cm breite Querspalte, für die Sonde durchgängig. Aus der vorderen Lippe wurde, nachdem die linke Kommissur vernäht, ein kleiner Keil exzidiert,

und die Wundflächen wurden ebenfalls vernäht. Jodoformgazetampon.

23. V. Milchprobe negativ. Die erste Fistel heilte nicht vollständig.

25. V. Spaltung der Kommissuren. Aufklappen der vorderen Lippe. Die Öffnung wird in einem Abstande von 2 mm vom Rande trichterförmig umschnitten, der Trichter durch feines Katgut geschlossen. Kommissur mit Seide genäht.

6. VI. Harnträufeln. Entlassen.

9. J.-Nr. 106/94; 185/94; 283/94; 93/95.

Musikersfrau Anna K. 35 J.

2 partus spontan. Am 31. V. 94 wurde Uterus total exstirpiert wegen Kankroid der hinteren Muttermundslippe. Seit der Zeit Harnträufeln.

27. VI. Aufnahme in die Klinik.

28. VII. Fistel umschnitten; in der Tiefe mit vier, in der Scheide mit fortlaufender Naht vereinigt. Milchprobe positiv.

9. VII. Geheilt entlassen.

13. VIII. Wiederaufnahme. Rand aufgefrischt. Naht in zwei Etagen. Acht Katgut oberflächlich; vier in der Tiefe. Alle zwei Stunden Katheter.

18. VIII. Etwas Urin per vaginam.

26. VIII. In aufrechter Haltung Urin per vaginam.

28. VIII. Entlassen.

19. XI. Wiederaufnahme. Die Öffnung in der Blase ungefähr 1 cm groß.

21. XI. Fistel rings umschnitten und durch vier Katgutfäden innerlich geschlossen; darauf die darüber befindliche Wunde der Vaginalwand durch fünf feine Seidenfäden geschlossen. Milchprobe positiv. Alle zwei Stunden Katheterisation.

28. XI. Urinentleerung spontan möglich.

3. XII. Zeitweise geht Urin unwillkürlich ab.

4. XII. Entlassen.

25. IV. 95. Wiederaufnahme. Am Ende der Scheide

links hinten eine Öffnung mit zackigen Rändern, durch welche ein gelblicher, getrübter Urin abfließt.

3. V. Fistel 1 cm weit vom Rande umschnitten und rings umher abgelöst. Blasenwand durch vier Seidenfäden, Vaginalwand durch fünf Katgutfäden vereinigt. Milchprobe positiv.

4. V. Urin kann willkürlich entleert werden.

18. V. Scheidenwunde geschlossen. Patientin geheilt entlassen.

10. J.-Nr. 137/94.

Fabrikarbeiterin Barbara P. 47 J.

13 partus; alle normal bis auf X. forceps. Seit der Zangengeburt Blasen- und Mastdarmfistel. 1884 operiert.

4. VII. 94. Aufnahme in die Klinik. An der vorderen Vaginalwand in der Mitte eine Narbe. Abfluß des Harnes aus dem Zervikalkanal.

7. VII. Muttermundslippe mit Kugelzange gefaßt und Zervix entfaltet. Eine Öffnung zeigte sich erst nach Füllung der Blase mit Milch, eine $1^1/_2$ cm lange, schräg verlaufende Spalte. Spalte umschnitten ca. 2 mm breit. Blasenwand losgelöst. Durch fünf feine Seidenfäden wurde die Wundfläche der Vagina geschlossen, welche so tief gingen, daß auch die Ränder der Blasenfistel zusammengebracht wurden, ohne daß aber die Fäden durch die Blasenöffnung hindurchgeführt wurden. Milchprobe positiv. Gewebe äußerst sukkulent und blutreich. Die Blase alle zwei bis drei Stunden entleert.

23. VII. Urin fließt ab. Entlassen.

11. J.-Nr. 143/94; 264/94.

Dienstmagd Marie B. 26 J.

1 partus, forceps. 3 Std. p. p. unwillkürlicher Urinabgang.

10. VII. Aufnahme in die Klinik. 5 cm von der Urethralöffnung entfernt eine längliche Blasenscheidenfistel, reicht nicht ganz bis an die portio.

13. VII. Fistel mit 2 mm breitem Vaginalrande umschnitten und die Blasenwand reichlich 1 cm breit rings

umher abgetrennt. Durch feine Katgutnähte Blasenwand geschlossen; von der Mitte nach links und dann nach rechts durch feine Seidennähte auch die Vaginalwand. Milchprobe negativ, daher noch eine Sutur, jetzt positiv. Urinieren nur mittels Katheter möglich.

16. VII. Patientin kann spontan Urin lassen.

25. VII. Ein kleiner Längsspalt mit dem Thermokauter verschorft.

9. XI. Wiederaufnahme. Im rechten Vaginalgewölbe eine höchstens stecknadelkopfgroße, etwa $1^1/_2$ cm vom Muttermunde entfernte Kommunikation. Sie wurde umschnitten, ein Trichter exzidiert und dann durch fünf feine Seidenfäden die Wunde vereinigt. Milchprobe positiv. Alle zwei Stunden Katheterisation.

17. XI. Urin geht ab.

5. XII. Im rechten Vaginalgewölbe befindet sich eine äußerst kleine Fistel neben der portio. Mit dem Nadelpaquelin intrakanalikulär und in einer Breite von 3 cm vaginal kauterisiert.

8. XII. Urin fließt fortwährend ab.

10. I. 95. Im rechten Vaginalgewölbe tiefsitzende, kaum stecknadelkopfgroße Fistel. Mit Paquelin geätzt.

15. I. Urin fließt wieder ab.

12. J.-Nr. 155/94.

Gütlerin Maria B. 34 J.

11 partus, davon letzter mittels forceps. Seit letztem partus geht Urin durch die Scheide ab.

22. VII. Aufnahme in die Klinik. Die vordere Scheidenwand zeigt eine Öffnung, durch welche man mit drei Fingern in die Blase gelangt. Blasenwand dreimarkstückgroß in die Scheide invertiert.

25. VII. Fistel von vagina aus in einer Breite von 2 mm rings um den ganzen Wundrand umschnitten. Blasenwand zirkulär 1,5 cm breit abgelöst und mobilisiert. Blasenwand geschlossen, wobei rechts oben in der Tiefe die Wunde noch eine kleine Öffnung in die Blase zeigte. Vaginalwand durch zehn tiefe Seidensuturen vom Mutter-

mund bis in die Nähe des tubercul. vag. schräg verlaufend vereinigt. Alle zwei Stunden Katheterisation.

30. VII. Etwas Urin geht von selbst ab.

8. VIII. Entlassen.

13. J.-Nr. 317/94.

Ökonomenfrau Franziska K. 35 J.

6 partus. Beim letzten vergebliche Wendungsversuche, perforation.

Gleich nach der letzten Entbindung unfreiwilliger Urinabgang.

27. VII. Aufnahme in die Klinik. An der vorderen Vaginalwand, etwas links, eine Fistel, gut talergroß. Die Ränder stark ausgezogen, straff vernarbt. In die Fistel Blasenschleimhaut invertiert.

9. I. 95. Blasenwand losgelöst, angefrischt. Die obere und untere Partie der Blasenwand wurde durch eine Lauensteinsche Seidensutur in der Mitte vereinigt und nach links von derselben vier, nach rechts drei feine Katgutfäden gelegt. Darauf Vaginalwand vereinigt. Milchprobe positiv. Jodoformgazetampon. Urin alle zwei Stunden durch Katheter entleert.

12. I. Patientin kann willkürlich Urin lassen.

15. I. Reichlicher unfreiwilliger Urinabgang.

30. I. Entlassen.

14. J.-Nr. 171/95; 214/96.

Obermüllerstochter Helene F. 20 J.

1 partus, forceps.

Seit der Entbindung kann Patientin den Harn nicht mehr halten.

5. VII. Aufnahme in die Klinik. Vesiko-zervikalfistel.

8. VII. Linke Kommissur durchschnitten. Da in der rechten Kommissur nur eine Narbe zu sehen war und mit der Sonde nur in die Uterushöhle eingegangen werden konnte, so wurde die Blase mehrmals stark mit Milch gefüllt, wobei sie sich stets vollständig kontinent erwies.

18. VII. Operation.

19. VII. Entlassen. Patientin soll wiederkommen, wenn sich wieder Harnträufeln einstellt.

20. X. 96. Wiederaufnahme. Gleich nach der ersten Entlassung lief alle Stunden wenig Wasser ab. Patientin entleert jetzt auch ziemlich viel Urin willkürlich. Bei der Milchprobe fließt erst nach $^3/_4$ l. Einlauf aus einer stecknadelkopfgroßen Öffnung im rechten seitlichen Narbengewebe etwas Milch aus. Kauterisation. Kein Urinabgang.

26. X. Entlassen.

15. J.-Nr. 237/95.

Schneiderswitwe Anna E. 53 J.

15 partus, spontan, ohne Arzt; zwei Fehlgeburten.

22. X. Aufnahme in die Klinik. Carcinoma cervicis et uteri.

24. X. Excochleatio.

7. XI. Totalexstirpation des Uterus.

9. XI. Harnträufeln.

13. XII. Operationsfeld mit einer Platte und zwei Kugelzangen freigelegt. Umschneidung des Fistelrandes und Vernähung der Blase mit zwei Katgut- und fünf feinen Seidenfäden. Verkleinerung der Wundfläche durch Lauensteinsche Suturen und Vereinigung der Vaginalwand mit sieben feinen Seidenfäden. Milchprobe positiv. Jodoformgazetampon.

18. XII. Keine Durchgängigkeit der Fistel mehr vorhanden.

21. XII. Entfernung der Naht. In der Nähe des linken Wundwinkels sickert etwas Urin hervor.

23. XII. Entlassen.

16. J.-Nr. 109/96.

Dienstmagd Marie M. 22 J.

1 partus vor 12 Wochen. Ein Arzt legte 9 Uhr morgens die Zange an, die Extraktion gelang aber nicht. Nachmittags 4 Uhr kam das Kind spontan.

Sofort nach der Geburt soll Harnträufeln eingetreten sein.

1. VI. Aufnahme in die Klinik. Im vorderen Vaginal-

gewölbe findet sich eine reichlich erbsengroße gerötete, granulierende Stelle, aus der reichlich Urin abfließt.

10. VI. Dehnung der Narbe durch Inzision und Jodoformgazetampon.

15. VI. Umschneidung der Fistel in einer Breite von etwa 5 mm; Bloßlegung der Blase in einer Tiefe von etwa 1 cm ringsherum. Vereinigung der Blasenöffnung durch sieben feine Seidenfäden. Milchprobe positiv. Vaginalwand durch sieben mittelstarke Katgutfäden vereinigt.

25. VI. Urinabgang durch die Scheide. Die Besichtigung der Operationswunde ergibt, daß dieselbe durch die Katgutsuturen nicht genügend vereinigt ist.

6. VII. Am vorderen Rande der Fistel wurde die Existenz einer kaum stecknadelkopfgroßen Öffnung konstatiert, aus der bei starker Füllung der Blase etwas Milch abfloß. Da die Umgebung noch etwas granuliert ist, so ist an eine Spotanheilung noch zu denken, und es wird daher von einem operativen Eingriff abgesehen. Zweimal täglich Katheterisation und Tannin-Glyzerintampons.

20. VII. Urinabgang besteht fort.

29. VII. Erbsengroße Fistel im vorderen Vaginalgewölbe auf der vorderen Muttermundlippe sitzend. Trichterförmig von außen nach innen nach der Blase zu exzidiert und die Wunde ohne Fassung der Blasenschleimhaut durch vier fils de florence geschlossen. Milchprobe positiv.

3. VIII. Nachts wieder reichlicher Urinabgang.

2. IX. Milch. in die Blase gebracht, läuft durch den Zervikalkanal heraus. (Die Blase wird analog dem Vorgang bei der Colpotomia anterior bis zum Defekt vom Uterus abgelöst, dieser geschlitzt und sodann die Blase auf die Uterusvorderwand genäht und zum Schluß die Vaginalwand vereinigt.) Schnitt in der Medianlinie der vorderen Scheidenwand bis zu dem etwa $1^1/_2$ cm weit vom äußeren Muttermund aufwärts sich erstreckenden Schlitz in der vorderen Wand. Seitliches Abpräparieren der Vaginalwand von der Blase. Lospräparieren der Blase vom Uterus. Am oberen Ende des Wundschlitzes kommt der Blasen-

defekt zum Vorschein. Naht des zirka $1^1/_2$ cm langen Blasenschlitzes mit Seide nach Lauenstein. Trotz aller Bemühungen gelingt es nicht, den obersten resp. hintersten Teil der Fistel, welcher sich gar nicht herabziehen läßt, zu schließen. Alle Nadeln schneiden durch das Narbengewebe durch. Operation wird daher abgebrochen. Vaginalschnitt sagittal vereinigt. Raum zwischen hinterer Blasenwand und defekter vorderer Uteruswand mit Gaze ausgestopft. Ein Zuheilen des Blasendefektes kann nicht erwartet werden. Heilung der Inkontinenz wohl nur möglich durch Verschluß der Zervix oder nach Freilegung der Fistel durch Laparotomie. Verweilkatheter. Jodoformgazetampon.

7. IX. Entfernung des Gazestreifens. Dauerkatheter nur nachts. Am Tage alle drei Stunden Katheterisation.

11. IX. Entfernung des Dauerkatheters.

20. IX. Vaginalwunde gut geheilt. Nirgends dringt Urin hervor. Patientin geheilt entlassen. Ende Oktober stellt sich Patientin vor. Sie ist kontinent geblieben.

17. J.-Nr. 138/96.

Ökonomsfrau Cecilia H. 40 J.

13 partus normal. Eine Fehlgeburt in der zwölften Woche.

3. VII. Aufnahme in die Klinik. Patientin kommt wegen Zervixkarzinom in Behandlung. Bei der Untersuchung wird eine tiefe Blasenzervixfistel festgestellt.

Das karzinomatöse Gewebe wird mit dem Löffel ausgeschabt und mit dem Kugelbrenner kauterisiert, worauf Patientin entlassen wird.

18. J.-Nr. 215/96.

Gütlersfrau Annemarie H. 56 J.

9 partus. Exstirpatio uteri totalis am 22. VII. wegen kankroider Papillargeschwulst beider Lippen mit Übergreifen auf die Zervix.

21. X. Aufnahme in die Klinik. In der vorderen Vaginalwand sitzt die Fistel. Umgebung der Fistel unregelmäßig höckerig infiltriert.

Wegen karzinomatöser Infiltration der Umgebung der

Fistel ist an eine Operation nicht zu denken. Amyloformtampons.

10. XI. Patientin wird entlassen.

19. J.-Nr. 221/96.

Gütlersfrau Therese W. 44 J.

4 partus, letzter Zange. Fortwährendes Harnträufeln durch die Scheide.

24. X. Aufnahme in die Klinik. In der vorderen Vaginalwand einige Millimeter- vom Ansatz des Vaginal gewölbes entfernt, in der Medianlinie gelegen, eine Öffnung mit glatten Rändern, durch die man mit dem Zeigefinger bequem in die Blase gelangen kann. Fistel 2 cm lang, 1 cm breit.

29. X. Fistelrand angefrischt. Im Gebiet der Vaginalschleimhaut wird die Blasenwand abpräpariert. Blasenwand quer durch elf, darüber Vaginalwand in sagittaler Richtung durch fünf Nähte vereinigt. Dauerkatheter.

3. XII. Katheter bleibt weg.

11. XI. Milchprobe positiv. Patientin geheilt entlassen.

20. J.-Nr. 271/97.

Eichmeistersfrau Frieda Sch. 40 J.

7 partus, letzter Zange. Infolge eines Gewächses am äußeren Muttermund öffnete sich dieser nicht; daher wurde der Muttermund aufgeschnitten, Kind mit der Zange geholt; dabei ist die Blase lädiert worden.

3. I. Aufnahme in die Klinik. Immerwährender Urinabgang. Kankroide Papillargeschwulst der Zervix mit Übergang des Karzinoms auf die Blasenwand im oberen Winkel der Fistel.

Von der Portio setzt sich auf die vordere Vaginalwand eine für zwei Finger bequem durchgängige Öffnung nach der Blase fort. Der Blasenrand der Fistel ist stark granuliert.

9. I. Blasenwand soweit wie möglich abpräpariert und mit fünf feinen Katgutnähten vernäht; jedoch Verschluß

des unteren Teiles unmöglich. Darüber Vaginalwand mit fünf Katgutnähten vernäht.

14. I. Patientin wird entlassen.

21. J.-Nr. 348/97.

Bahnarbeitersfrau Anna H. 29 J.

3 p., letzter Querlage; Perforation. 8 Tage p. p. Harnträufeln; manchmal geht das Wasser in größeren Massen ab.

20. III. Aufnahme in die Klinik. In dem vollständig aufgehobenen, vorderen Vaginalgewölbe direkt vor dem vorderen Muttermund eine für die Fingerkuppe durchgängige, scharfrandige Öffnung, durch die man in die Blase gelangt.

29. III. Im unteren Abschnitte der Fistel wird ein Sagittalschnitt gelegt, von hier aus die Umgebung der Fistel 1 cm breit freigelegt. Blase quer geschlossen, darüber Vaginalwand in sagittaler Richtung von oben her teilweise vereinigt, die untere Hälfte offen gelassen und mit Gaze dräniert. Zum Schluß der tiefe Riß der vorderen Muttermundlippe angefrischt und vernäht. Verweilkatheter

2. IV. Verweilkatheter entfernt, alle zwei Stunden katheterisiert.

14. IV. Geheilt entlassen.

22. J.-Nr. 372/97.

Dienstmädchen Walpurga H. 23 J.

1 partus mit Zange. Lues. Gleich nach der Geburt ging das Wasser und acht Tage später der Stuhl durch die Scheide ab.

24. III. Aufnahme in die Klinik.

7. IV. Untersuchung in Narkose: An der vorderen Vaginalwand, direkt hinter der Symphyse, gelangt man in eine große Fistelöffnung, die bis auf den oberen Abschnitt der Urethra sowie Blasenhals sich erstreckt; in derselben fühlt man die glatte, stark gefaltete Blasenschleimhaut. — Direkt über einer 1 cm breiten Brücke der äußeren Haut liegt im weiten Umfange die glänzende, rötliche Schleimhaut vor. Über die Brücke hinweg gelangt man in eine tiefe Nische, die mit Rektalschleimhaut ausgekleidet ist. —

Von einer Operation muß abgesehen werden, da bis jetzt so wenig Vaginalwand vorhanden ist, daß eine Deckung der Defekte unmöglich wäre.

Blasen-Scheiden-Mastdarmfistel.

Dehnung und Auflockerung des Gewebes durch Tamponade mit Jodoformgaze, Massage und Ausspülungen des Rektums.

1. VI. Operation der Rektumfistel unmöglich wegen zu großen Defektes der Schleimhaut des Rektums und der Vagina.

20. VI. Patientin hat seit einigen Tagen den Kolpeurynter gebraucht, und dadurch wurde ein ziemlich guter Verschluß - erzielt. Das Liegenbleiben verursacht öfters Schmerzen.

21. VII. Operation der Fistel unmöglich. Kolpeurynter muß wegen zu großer Schmerzhaftigkeit weggelassen werden.

13. VIII. Entlassen.

23. J.-Nr. 385/97.

Gütlersfrau Anna S. 52 J.

11 p. normal. Seit $^1/_2$ Jahr Schmerzen im Bauch, auch geht der Urin unwillkürlich ab.

30. IV. Aufnahme in die Klinik. Inoperables Zervixkarzinom mit Durchbruch in die Blase. Gleich hinter der Symphyse kommt man an die derbe, rigide vordere Muttermundlippe; von da aus gelangt man in eine Höhle, die sich nach oben zu verengt.

7. V. Radikaloperation des Karzinoms nicht indiziert, auch Fisteloperation unmöglich.

16. V. Entlassen.

24. J.-Nr. 400/97.

Gütlersfrau Anna M. 60 J.

5 partus, davon 2 forceps. Vor 15 Jahren bekam Patientin einen Vorfall, weshalb eine Hebamme einen Ring einsetzte. Wegen großer Schmerzen wurde er wieder entfernt, doch ließ sich Patientin abermals einen Ring einlegen. Da wieder Schmerzen eintraten, ging Patientin zum Arzt.

20. V. Aufnahme in die Klinik. In der vorderen Vaginalwand dicht hinter der Symphyse fühlt man einen haselnußgroßen Bürzel (= Knopf). Neben diesem gelangt man durch eine Öffnung mit dem Finger in die Blase.

22. V. Fistel umschnitten; Blasenwand von der Vaginalwand losgelöst. In querer Richtung wird die Blasenwand durch sechs feine Seidenfäden, die Vaginalwand in vertikaler Richtung durch fünf Katgutfäden vereinigt. Milchprobe positiv.

1. VII. Völlige Heilung. Entlassen.

25. J.-Nr. 495/97.

Sattlersgattin Maria Sch. 42 J.

13 partus, davon 6 Zangen. Nach der letzten Zangenentbindung Urinabgang durch die Scheide.

8. IX. Aufnahme in die Klinik. Rechts tiefer Kommissurenriß, der sich hoch hinauf in die Zervixwand fortsetzt. Vor dem rechten Abschnitt der vorderen Muttermundlippe im vorderen Vaginalgewölbe eine scharfkantige, für einen Finger durchgängige Öffnung, durch die man in die Blase gelangt. Dreieckige Gestalt mit breiter Basis an der Muttermundslippe.

9. IX. Fistel angefrischt; Blasenwand im Septum lospräpariert. Hierbei zeigte sich, daß die Fistel nach oben sich in den tiefen Riß des rechten Zervixabschnittes fortsetzte. Daher wird die Blase nach oben weiter abpräpariert und mit feinen Seidennähten vernäht. Zervixriß angefrischt und in zwei Etagen vernäht; hierauf in fortlaufender Naht die Vaginalwand bis auf den unteren Winkel, um die Tasche zwischen Blase und Vaginalwand mit Jodoformgaze zu dränieren.

Die Tasche wird mit 0,5 % igem Lysol gespült und dräniert.

25. IX. Die Wundfläche granuliert. Die Fistel scheint sich nicht schließen zu wollen.

26. IX. Entlassen. Patientin soll sich täglich Scheidenausspülungen machen.

26. J.-Nr. 541/97.

Köchin Elise Sch. 20 J.

Im Januar d. J. bekam Patientin Schmerzen in der linken Unterbauchgegend; sie wurde deshalb laparotomiert. Im April wegen wiederholter Schmerzen zweite Operation; im Juni zum dritten Male laparotomiert. Es wurde ein Dränrohr eingelegt, welches durch eine Konteröffnung in die Scheide geführt wurde.

16. IX. Aufnahme in die Klinik. In der Mitte zwischen Introitus und vorderem Scheidengewölbe eine in die vordere Vaginalwand eingezogene Narbe von der Größe eines Hirsekornes. In dieser eingezogenen Stelle kann ein Sondenknopf oben eindringen.

1. X. Vaginalwand in der Länge von 2 cm quer gespalten und Fistel mit drei feinen Nähten durch die hintere Wand der Blase geschlossen, ebenso hierauf die Vaginalwand mit drei feinen Katgutnähten. Milchprobe positiv.

27. XI. Da Wasser abgeht, wurde die Seidensutur entfernt und mit dem dünnsten Paquelin kauterisiert.

4. XII. Wasser geht wieder ab.

21. XII. Keilförmige Exzision. Keine Loslösung der Vaginalwand von der Blase wegen der Kleinheit der Fistel. Wunde mit sechs feinen Seidennähten vereinigt.

5. I. 98. Patientin fühlt sich vollständig wohl. Entfernung aller sechs Fäden, die vollständig reaktionslos waren.

27. J.-Nr. 865/98.

Taglöhnersfrau Ursula N. 48 J.

13 p. normal, bei der 14. Entbindung war ärztliche Hilfe nötig. 10 Tage p. p. Harnträufeln.

29. XI. Aufnahme in die Klinik. Im oberen Teile der vorderen Vaginalwand befindet sich eine bis zur Portio reichende, unregelmäßige, ziemlich straffe Narbe, in deren oberem Abschnitte eine erbsengroße Kommunikation mit der Blase vorhanden ist.

3. XII. Fistelrand umschnitten und der Fistelkanal in einer Länge von $1^1/_4$ cm losgelöst. Alsdann durch Lauensteinsche Suturen mit feiner Seide geschlossen, und zwar

in querer Richtung — fortlaufend + drei Einzelfäden —; darauf in sagittaler Richtung die äußere Wunde, neun Fäden. Die Fistel gehörte dem Zervikalkanal an. Milchprobe negativ, daher noch an drei verschiedenen Stellen drei feine Seidenfäden.

8. XII. Urin geht per vaginam ab.

23. XII. Entlassen und zur nochmaligen Operation bestellt.

28. J.-Nr. 120/99.

Bahnwärtersfrau Regina G. 56 J.

16 p. normal.. Seit 14 Tagen Beschwerden beim Urinlassen; Urin geht unwillkürlich ab.

12. V. Aufnahme in die Klinik. 2 cm oberhalb des introitus vaginae in der vorderen Scheidenwand eine fast für die Fingerkuppe durchgängige Blasenscheidenfistel. Kankroide Papillargeschwulst der portio. Kankroid beider Vaginalwände. Vesiko-vaginale Fistel.

16. V. Karzinomgewebe verschorft.

21. V. Abgang von Kot per vaginam.

27. V. Zur weiteren Behandlung nach Hause entlassen

29. J.-Nr. 252/99.

Mechanikersfrau Katharina H. 45 J.

9 p., letzter forceps. 14 Tage p. p. Urinabgang.

10. IX. Aufnahme in die Klinik. An der vorderen Vaginalwand über der Symphyse eine für zwei Finger durchgängige Öffnung, die in die Blase führt. Ränder der Öffnung scharf. Retroflexio uteri 1°.

12. IX. Rand der Fistel angefrischt. Blasenwand von der Vaginalwand 4 mm weit stumpf abgelöst. Das innere Blatt durch sechs Katgutfäden vereinigt, ohne daß dabei die Schleimhaut selbst durchstochen wurde. Vaginalwand in querer Richtung durch zwölf Seidenfäden wieder vereinigt. Verweilkatheter.

17. IX. Entfernung des Dauerkatheters.

20. IX. Spärlicher Urinabgang.

25. IX. Untersuchung in Knieellenbeugelage ergibt, daß am linken und rechten Rand der vernähten Fistel zwei kleinere,

für den Sondenknopf durchgängige Fisteln vorhanden sind. Da das Gewebe noch zu nachgiebig ist, wird von einer Operation abgesehen. Ätzung mit lapis. Jodoformgazetampons.

27. IX. Ätzung mit lapis.

39. IX. Abgang von Urin. Lapis. Jodoform.

8. X. Rechts Fistel durch die Ätzung ganz geschlossen; links Lapisätzung fortgesetzt.

14. X. Verschorfung links mit Paquelin.

16. X. Bepinselung mit Jodtinktur. Lapis. Jodoformtamponade.

9. XI. Füllung der Blase mit Kali hypermanganicum, wobei aus zwei Punkten in der Vagina Flüssigkeit ausläuft. Durch Sondierung des einen Grübchens wird eine Schleimhautbrücke abgehoben, welche ca. 6 mm breit ist und an einem früher nicht sichtbar gewesenen Grübchen endet. Spaltung der Brücke, Skarifikation des Grundes, Lapisierung; Lapisierung auch der zweiten Stelle. Trotzdem Abgang von Urin.

2. XII. Fistel vollständig sichtbar gemacht. In einer Entfernung von 0,5 cm Fistel umschnitten, Scheidenwand abgelöst, Fistelkanal beweglich gemacht. Kanal unterhalb der mitreponierten Scheidenwand durch fünf Katgutsuturen geschlossen. Scheidenwand von oben nach unten durch sechs Katgutsuturen geschlossen. Milchprobe positiv.

12. XII. Beim Stehen etwas Urinabgang; beim Liegen nichts.

17. XII. Entlassen und nach 14 Tagen wiederbestellt.

30. J.-Nr. 315/99.

Taglöhnersfrau Cäcilie A. 38 J.

4 p., davon I. und II. forceps, III. spontan, IV. Kraniotomie. Bei dieser Operation wurde die Blase verletzt (in Passau) und seither fortwährendes Harnträufeln. Vor drei Wochen wurde eine erfolglose Fisteloperation gemacht.

13. XI. Aufnahme in die Klinik. Im Vaginalgewölbe unmittelbar vor der Lippe sitzende, quer verlaufende Narbe, die offenbar noch eine Kommunikation mit der Blase freiläßt.

17. XI. Es wurde die vordere und hintere Muttermundlippe von der Seite her gefaßt und die Vagina, Zervikalkanal und vordere Uteruswand mit Sonden, dünner und dicker Art, nach einer Öffnung durchsucht, doch nichts gefunden. Schließlich wurde die linke Kommissur mit zwei, die rechte mit drei Katgutfäden fest geschlossen.

20. XI. Spärlicher Urinabgang per vaginam.

9. XII. Es zeigt sich, daß die Fistel erbsengroß ist und gerade an der vorderen Muttermundslippe zum linken Vaginalgewölbe zu gelegen ist.

12. XII. Vordere Muttermundslippe mit Kugelzange gefaßt, Fistel 1 cm breit umschnitten, Fistelkanal exzidiert, durch fünf feine Seidennähte und einen Katgutfaden geschlossen. Milchprobe positiv. Fistelöffnung vollständig geschlossen.

23. XII. Geheilt entlassen.

31. J.-Nr. 328/99.

Holzhauersfrau Katharina K. 34 J.

4 p., davon letzter forceps. Seit letzter Entbindung beständiges Harnträufeln. Bei ruhiger Rückenlage vermag Patientin $^1/_2$ Stunde Urin zu halten.

2. XII. Aufnahme in die Klinik. An der vorderen Vaginalwand etwa 4 cm vom introitus $2^1/_2$ cm vom Muttermund entfernt eine für einen Uterussondenknopf durchgängige Fistel.

9. XII. In einer Breite von 1 cm wurde die Fistel umschnitten und trichterförmig ausgelöst. Blasenwand durch drei Lauensteinsche, Vaginalwand drei seidene und zwei Katgutfäden vernäht. Milchprobe positiv. — Abends unwillkürlicher Urinabgang.

19. XII. Fistel vollständig geschlossen. Patientin geheilt entlassen.

32. J.-Nr. 165/00.

Bergmannsfrau Therese M. 37 J.

6 p., davon III. Beckenlage, Extraktion durch einen Arzt. Letzter partus vor fünf Wochen. Seit dieser Zeit kann

Patientin Urin nur $^1/_2$—1 Stunde halten, dann geht er durch die Scheide ab.

12. VI. Aufnahme in die Klinik. Portio nicht vorhanden. Nur ein an einzelnen Stellen vom Vaginalgewölbe sich abhebender breiter Zapfen. Verschiedene Einrisse sowohl vorn wie hinten. Bei der Untersuchung mit Spekulum sieht man bei Blasenfüllung mit Milch dicht hinter dem Muttermund in die Zervix Milch einfließen. Der Ausfluß aus der Zervix ziemlich rasch. Sitz der Fistel genau in der Mitte der vorderen Zervixwand 1 cm oberhalb des äußeren Muttermundes.

20. VI. Trichter exzidiert und durch drei ganz feine und zwei etwas stärkere Seidenfäden Fistel verschlossen

4. VII. Wunde reaktionslos verheilt. Bei der Milchprobe tritt kein Tropfen in die Scheide. Entlassen.

33. J.-Nr. 215/00.

Gasarbeitersfrau Katharina N.

6 partus. Der letzte im achten Monat durch Wendung und Extraktion. Eine Frühgeburt im siebenten und eine im dritten Monat.

3. VIII. Aufnahme in die Klinik. Carcinoma portionis et vesicae. Dreimarkstückgroße Vesiko-vaginalfistel. Dicht hinter dem introitus vaginae gelangt der tuschierende Finger in eine schlitzförmige, mit unebenen, teils derben, teils bröckligen Rändern versehene Öffnung, die in eine abgeschlossene Höhle (Blase) führt. Es ist die untere Blasen- und vordere Vaginalwand vollständig zerstört. Palliative Therapie.

20. VIII. Versuch einer Operation. Blasenwand von der Vaginalwand zu beiden Seiten abgelöst, angefrischt hierauf von hinten ein Lappen von der Blasenwand abgelöst und mit beiden seitlichen vernäht. Vollständiger Verschluß mißlingt. Jetzt ist die Fistel federkieldick. Scheide tamponiert.

2. IX. Urin fließt fortwährend ab. Patientin auf eigenen Wunsch entlassen.

34. J.-Nr. 267/00.

Tagelöhnersfrau Maria G. 30 J.

2 p.; I. Zange, II. Perforation und Zange. Drei Wochen p. p. II. unwillkürlicher Urinabgang, namentlich nach Verlassen des Bettes. Im Liegen kann Patientin den Urin halten.

4. XI. Aufnahme in die Klinik. Vaginalgewölbe nirgends erhalten. Nach links ein breiter Narbenstrang, der nach links und hinten zieht und der ganz links nach hinten eine Tasche bildet, die jedoch hohl zu enden scheint — wenigstens kann man nicht mit dem Finger durchdringen —, doch macht es den Eindruck, wie wenn sie nach rechts und unten etwas nach hinten ginge. In die Blase gegossene Milch fließt aus der Zervix.

7. XI. Beide Kommissuren des Muttermundes gespalten, vordere Lippe in die Höhe gezogen und in der Mitte gespalten. Blasenschleimhaut in der Umgebung der Fistel exzidiert und dann in vertikaler Richtung Wunde durch sieben Knopfnähte vereinigt. Milchprobe positiv.

16. XI. Wenn Patientin außer Bett ist, geht unfreiwillig Urin ab.

1. XII. In einer Breite von 5 mm wurde die ganze Fistelumgebung umschnitten, dann ein Trichter von 1,5 cm ausgeschnitten, wobei sich wieder der linke Wundrand als sehr starr und unbeweglich erwies. Mit acht Katgutknopfnähten wurde der Trichter dann geschlossen. Milchprobe positiv.

8. XII. Harnträufeln beim Umhergehen und im Bett. Patientin auf Wunsch entlassen. Sie soll in vier Wochen wiederkommen.

35. J.-Nr. 85/01.

Bauersfrau Karolina W. 28 J.

5 p., letzter Zange. Acht Tage lang p. p. konnte Patientin spontan Urin lassen, danach träufelte fortwährend Urin aus der Scheide.

19. IV. Aufnahme in die Klinik. Linke Kommissur ist sehr tief eingerissen. Vor derselben kommt man mit

einem Finger durch ein scharf begrenztes Loch leicht in die Blase.

4. V. Muttermund mit einer Platte bloßgelegt; hindurch die an Stelle der vorderen Lippe sitzende, kreisrunde, fünfpfennigstückgroße Fistel sichtbar. Die Stelle wird mit Doppelhäkchen gefaßt und in einer Breite von 2 mm umschnitten. Die Blase von der Scheidenwand losgelöst und dann durch fünf Lauensteinsche Suturen die Blasenöffnung mit Einstülpung des inneren Randes geschlossen. Von unten her Vaginalwand über der Blase vereinigt. Eine tiefe Spalte in der linken Kommissur noch nicht vereinigt, um Zerrung zu vermeiden. Katheterisation.

17. V. Es fließt tropfenweise etwas Urin ab bei stärkerer Bewegung. Patientin entlassen. Wiederbestellt auf 17. Juni.

36. J.-Nr. 167/01.

Amtsdienersfrau Marie G. 40 J.

11 p., beim V. Frühgeburt im fünften Monat, letzter Totgeburt vor drei Jahren. 8. VI. 1901 vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen kankroider Papillargeschwulst. Drei Tage später ging Urin fast vollständig per vaginam ab.

5. VI. Fisteloperation.

13. VIII. Aufnahme in die Klinik. In der vorderen Vaginalwand kommt man zwei Fingerbreit an die Blasenwand, nach hinten fühlt man die alte Narbe, und man kommt hier an einen für den Finger einlegbaren, wahrscheinlich nach hinten geschlossenen Trichter. Bei der Betrachtung im Spekulum sieht man deutlich die Blasenwand ungefähr walnußgroß in die Vaginalwand vorgebuchtet.

14. VIII. Fistel umschnitten, Vaginalwand breit von der Blasenwand abpräpariert. Blasenwand durch Seidenknopfnähte geschlossen, dann zwei versenkte Kalgutnähte zwischen Blase und Scheide und zuletzt darüber die Scheidenwand. Alle zwei Stunden Katheterisation.

20. VIII. Geheilt entlassen.

37. J.-Nr. 241/02.

Steinmetzfrau Theresa L. 31 J.

1 p., forceps. Vier Wochen darauf unwillkürlicher Urinabgang.

9. IX. Aufnahme in die Klinik. Muttermundslippe eingerissen, bis zum Scheidengewölbe hinauf ganz gespalten. Die in der vorderen Scheidenwand befindliche 1—2 cm lange Fistel setzt sich nach oben bis in den Zervixriß hinein fort.

16. IX. Es wurde zunächst versucht, nach querer Durchtrennung des vorderen Scheidengewölbes Blase und Zervix voneinander zu trennen, doch gelang dies infolge fester Verwachsungen nur ungenügend. Auch gelang es nicht, den Uterus herabzuziehen. Daher Naht in situ, zunächst der Blase, dann der angefrischten Ränder der vorderen Muttermundslippe, zuletzt der Scheide durch mehrere Seidensuturen.

22. IX. Patientin vorläufig entlassen, obwohl Fistel in der Ausdehnung wie früher vorhanden ist.

38. J.-Nr. 279/02.

Dienstmagd Katharina S. 28 J.

2 partus mit der Zange. Beständiger Urinabgang.

21. X. Aufnahme in die Klinik. Portio abgesprengt. Vaginalgewölbe nicht mehr nachweisbar; die Vagina endet nach hinten trichterförmig, ungefähr 1 cm von der fraglichen portio; dem vorderen Vaginalgewölbe entsprechend eine erbsengroße, offenbar in die Blase führende Fistelöffnung mit kallösen Rändern. Introitus sehr eng, für einen Finger durchgängig. — Tamponade der Vagina mit Vaselinwattekugeln, um diese zu dehnen und für die Operation vorzubereiten.

17. XII. Dilatation durch Kolpeurynter, tagsüber mit Hartgummipessar.

17. I. 03. Vernähung der Fistel. Harnträufeln aus der Vagina sistiert vollkommen.

27. I. Der ganze Urin geht per vaginam ab.

11. II. Operation.

18. II. Kauterisation der Fistel.

23. II. Kauterisation.

28. II. Patientin verließ auf eigenen Wunsch gegen ärztliches Anraten ungeheilt die Klinik.

39. J.-Nr. 119/03.

Bauersfrau Barbara B. 26 J.

1 partus durch Kunsthilfe. Ob Zange oder Perforation, nicht eruierbar. Sofort nach der Entbindung trat unwillkürlicher Urinabgang ein.

8. V. Aufnahme in die Klinik. Dammriß II° verheilt. An der vorderen Wand der Vagina etwa 2—3 cm oberhalb des ligam. interuretericum eine erbsengroße Fistelöffnung, in die sich ein erbsengroßes Stück Blasenschleimhaut hineindrängt und sich leicht exprimieren läßt. In der Scheide sind in deren oberen Partie mehrere sehr starke Narbenzüge zu fühlen. Portio stark zerklüftet; es gehen auch von ihr aus Narbenzüge in das ringförmig verengte Vaginalgewölbe über.

13. V. Fistel gerade in der Mitte des vorderen Vaginalgewölbes fest mit dem Uterus verbunden. Fistel in einem Umkreise von $^1/_2$ cm umschnitten, von der Blase losgelöst, mit Einstülpung des losgelösten Fistelrandes nach der Blase hin. Verschluß dieser durch fortlaufende Katgutnaht bewirkt. Vaginalwunde durch Katgutnaht geschlossen. Milchprobe positiv.

18. V. Wasserlassen spontan möglich; mit mäßigen Schmerzen verbunden.

19. V. Aus der Scheide fließt Urin ab; doch bleibt eine beträchtliche Menge in der Blase zurück; durch Katheter entfernt.

27. V. Aus der Scheide fließt nur wenig Urin ab.

1. VI. Katgut entfernt. Ansatz von harnsauren Salzen. Es zeigte sich noch eine etwa stecknadelkopfgroße, trichterförmige Öffnung, die mit Höllensteinstift leicht geätzt wurde.

3. VI. Urinabgang, da Schorf und Verschluß mit harnsauren Salzen entfernt ist.

5. VI. Fistel freigelegt. Inkrustation mit harnsauren Salzen; durch die Mitte der Fistel schmale Gewebsbrücke, nicht ganz bis an die gegenüberliegende Randpartie. Am Rande frische Granulation. Milchprobe positiv. Lapisätzung.

7. VI. Urinabfluß dauernd und nicht unbeträchtlich. Inkrustation. Lapisätzung.

8. VI. Entlassen. Fistel besteht noch. Bei der Milchprobe fließt die Milch in bleistiftdickem Strahl ab. Nach acht Tagen soll Patientin sich wieder vorstellen.

40. J.-Nr. 141a/03.

Gütlerin Maria S. 44 J.

15 p., darunter eine Fehlgeburt im vierten Monat, vier Steißgeburten, zwei Querlagen, eine Zwillingsgeburt. Letzter p. Steißgeburt; Kind sehr groß; der Kopf blieb über zwölf Stunden im kleinen Becken stecken, wurde dann erst extrahiert. Seit dieser letzten Geburt unfreiwilliger Wasserabfluß.

8. VI. Aufnahme in die Klinik. In der klaffenden Vulva erscheint ein über walnußgroßer, hochroter Tumor, der von samtartig glänzender Schleimhaut überzogen ist. Beim Auseinanderziehen der großen Labien erkennt man, daß die vordere Scheidenwand einen großen Defekt hat, ungefähr 1 cm über der Urethra beginnend bis beinahe zur Ansatzstelle der vorderen Scheidenwand an der Portio reichend. Der Tumor ist die invertierte und prolabierte hintere Blasenwand. — Vorbereitende Therapie. Adstringierende Tamponade. Kokainbepinselung 4%.

1. VII. Fistelrand umschnitten. Blasenwand von Vagnailwand abgelöst. Blase durch Lauensteinsche Suturen geschlossen. Dann Vaginalwunde durch fortlaufende Katgutnaht geschlossen, indem an den stärkst gespannten Stellen durch seitliche Einschnitte die Vaginalwand mobilisiert wurde. (Alles bis zur Symphyse.) In die Urethra wurde ein Katheter gelegt. Eine Vereinigung der Urethraränder unter dem Katheter infolge der großen Spannung unmöglich. Operation unterbrochen. Metallkatheter durch elastischen ersetzt.

Abends: Hohes Fieber, Allgemeinbefinden schlecht. Verdacht auf Urämie etwa infolge einer Unterbindung oder Kompression beider Ureteren. Daher ganze Nacht Fistel offen.

2. VII. Exitus letalis unter den Erscheinungen des Lungenödems und Herzparalyse.

Sektionsbefund: Herdförmige akute parenchymatöse Degeneration beider Nieren. Atrophie des Herzens bedeutend; idem der linken Lunge.

41. J.-Nr. 166/03.

Tagelöhnersfrau Viktoria E. 37 J.

5 p., letzter forceps. Einen Tag p. p. Urinabgang. Drei Wochen p. p. erfolglose Fisteloperation.

4. VII. Aufnahme in die Klinik. Linke kleine Labie zum großen Teile zerstört. Der Substanzverlust in der Blase ca. pfennigstückgroß; sitzt gerade an der Ansatzstelle der vorderen Scheidenwand an der Portio, wobei aber die vordere Muttermundslippe zum größten Teile zerstört ist.

16. VII. Fistel bloßgelegt, umschnitten in der Breite von etwa 2 mm. Blasenwand abgelöst. Fünf Lauenstein'sche Suturen, zehn Vaginalnähte mit Seide. Milchprobe positiv. Alle drei Stunden Katheterisation. Dann Dauerkatheter täglich gewechselt.

31. VIII. Urinabgang. Operation.

15. IX. Unter Einführung von Plattenspiegeln zum ersten Male Wunde nachgesehen. An der Stelle, wo die Blase mit der Gegend des äußeren Muttermundes kommunizierte, ist eine Verheilung nicht eingetreten.

19. IX. Patientin entlassen.

I. XI. Patientin in Narkose untersucht; es stellt sich heraus, daß eine Kommunikation zwischen Blase und Gebärmutter in der Höhe des inneren Muttermundes bestand. Fistelränder mobilisiert, angefrischt und vernäht. Nachbehandlung: Skenescher Pferdefuß als Dauerkatheter.

42. J.-Nr. 129/04.

Gütlerin Anna Sch. 41 J.

9 p. spontan, zwei Fehlgeburten.

10. VII. Aufnahme in die Klinik wegen Karzinom der Portio, vor allem der vorderen Muttermundslippe.

16. VII. Vaginale Totalexstirpation des Uterus.

21. VII. Unwillkürlicher Flüssigkeitsausfluß aus der Blase oder der Scheide.

27. VII. Aller Urin geht unwillkürlich durch die Scheide ab.

30. VII. In der Nähe des Amputationsstumpfes eine Öffnung mit nekrotischem Rand für zwei Finger gut durchgängig in die Blase führend. (Nachweis durch Milcheinlauf.) Die Öffnung befindet sich am Fundus der Blase über dem Trigonum. Spülungen, Sitzbäder.

25. VIII. Die Ränder der Fistel mit Kugelzange gefaßt und herabgezogen. Nach ausgiebiger Abtragung bzw. Anfrischung der Fistelränder exakte Naht der Blasenwand durch zwölf Seidensuturen, darauf Naht des septum vesico-vaginale durch mehrere einzelne und eine fortlaufende Naht; als dritte Etage Vereinigung der Vaginalwand mit fortlaufender Naht. Milchprobe positiv. Dauerkatheter.

2. IX. Urin kann gehalten und spontan gelassen werden.

25. II. 05. Blasenstein.

1. III. Operative Entfernung des Steines.

15. III. Das ganze Trigonum und der ganze Fundus noch von reichen Konkrementen erfüllt, die entfernt wurden.

25. III. Zystoskopische Untersuchung ergibt: Am Trigonum und am Blasenfundus flächenförmige, ausgebreitete, ziemlich ausgedehnte Blutsuffusionen der Schleimhaut und einige ganz kleine, krumme, stecknadelkopfgroße, weißliche Inkrustationen, offenbar Reste der entfernten Phosphatsteine. Gegen den Blasenfundus zu sieht man die Narbe strahlig verzogen mit einigen divertikelartigen Vertiefungen, wie sie auch bei der Austastung der Blase gelegentlich der Operation gefunden wurden.

43. J.-Nr. 161/04.

Arbeitersfrau Marie L. 34 J.

4 partus, 2 Abgänge.

22. VIII. Aufnahme in die Klinik wegen Portiokarzinom.

23. VIII. Vaginale Totalexstirpation des Uterus.

24. VIII. Urinabgang spontan.

1. IX. Größtenteils Urin per vaginam.

7. IX. Milchprobe positiv. Blasenscheidenfistel offenbar klein und befindet sich wahrscheinlich an der Stelle des Stumpfes. Lapisätzung.

12. IX. Fistel hat sich mehr geschlossen; es ist auch bei der Untersuchung kein Urin abgegangen. Lapisätzung.

1. X. Im linken Winkel der queren Totalexstirpation eine für mittlere Uterussonde durchgängige Blasenscheidenfistel. Im Umkreis von $^1/_2$ cm umschnitten und angefrischt. Fünf versenkte feine Seidenfäden zum Verschluß der Fistel, fünf Vaginalfäden. Skenescher Pferdefuß.

20. X. Eine für eine Uterussonde durchgängige Fistel besteht bei innerlicher Untersuchung. Die Kontinenz wurde durch die faltigen, zum Teil aufeinanderliegenden Ränder der Fistelöffnung vorgetäuscht.

25. X. Entlassen mit der Weisung, alle fünf Tage wiederzukommen, um sich die Fistel ätzen zu lassen.

44. J.-Nr. 162/04.

Handschuhnäherin Therese H. 28 J.

5 partus, davon 4 spontan, letzter Wendung.

28. X. 03. Vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen Zervixkarzinom.

3. XII. Urinabgang per vaginam zeitweise.

27. IV. 04. Zystoskopisch Ureterenfistel diagnostiziert, die durch konkrementöse Massen verschlossen war.

10. VI. Rezidiv. — Operation.

14. VI. Abgang dünnflüssiger Kotmassen per vaginam.

22. VIII. Aufnahme in die Klinik.

24. VIII. Beim Eindringen in die Vagina zeigt sich, beim Introitus beginnend, ein auf beide Vaginalwände übergehender Krater, der die Vaginalwände vollständig arrodiert hat. Eine genaue Diagnose bzw. Vesiko-vaginal- und Rekto-vaginalfistel wegen starker Zerstörung der Vagina und großer Schmerzhaftigkeit nicht möglich.

25. VIII. Exitus letalis an Marasmus.

45. J.-Nr. 215/04; 92/05; 194/06; 141/07.

Bauernmädchen Anna M. 35 J.

1 partus am 25. September 1904. Die Geburt habe drei Tage und drei Nächte gedauert; sehr schmerzhaft. Kind totfaul. Am zweiten Tage p. p. ging Urin durch die Scheide ab.

4. XI. Aufnahme in die Klinik. Vagina verengt durch einen ringförmigen, narbigen Strang. Hinter diesem gelangt man in eine große Höhle, die durch Wegfall der Vesikovaginalwand entstanden ist. Beim Einführen des Spekulums sieht man deutlich die stark injizierte Blasenschleimhaut. Blase und Vagina bilden eine große Höhle. — Täglich Glyzerin-Tannintampons, wöchentlich zwei bis drei Sitzbäder. — Eine Erweiterung des zirrhotischen Gewebes ist trotz sechswöchentlicher Behandlung bis jetzt nicht eingetreten. — Größere Tampons.

25. I. 05. Patientin wird in Narkose untersucht, wobei sich solche Narbenverengerungen ergeben, daß wohl nur Kolpokleisis in Betracht kommt.

Die Bloßlegung der anzufrischenden Partie war außerordentlich schwierig; es wurde von der hinteren Wand ein $1^1/_2$ cm breites Stück exzidiert und die Anfrischung rings um den Introitus fortgesetzt; dann wurde mit feinen Seidenfäden von links her die obere und untere Wand untereinander vereinigt und verschlossen. Milchprobe negativ. Zwei kleine Öffnungen in der Urethra durch je eine Naht geschlossen. Milchprobe positiv.

12. II. Eine nicht unbeträchtliche Menge Urins geht ständig unfreiwillig ab. Nachdem wegen des Narbengewebes eine korrigierende Operation derzeit unmöglich ist, wird Patientin vorläufig entlassen und angewiesen, sich anfangs Mai wieder einzustellen.

1. V. Wiederaufnahme. In der Vagina fühlt man große Mengen Kalk um die bei der Operation gelegten Fäden herum, welche die Vagina vollkommen abschließen; dahinter beständig abfließender Harn, der aus der hier direkt mit der Vagina kommunizierenden Blase sich ergießt.

9. V. Entfernung der inkrustierten Fäden. Fistelöffnung zwar enger, doch immer noch sehr groß.

Nach Bloßlegung des äußeren Scheideneingangs wurden zwei Öffnungen, rechts und links von der Urethra je eine, gefunden. Die linke zunächst mit vier Katgutfäden geschlossen; auf Verschluß der rechten wurde vorläufig verzichtet, um die linke heilen zu lassen.

10. VI. Rechte Öffnung geschlossen.

15. VI. Starkes Brennen in der Vagina und Urinabgang.

28. VI. Ätzung mit dem feinsten Paquelin intrakanalikulär und perivaginal beider Öffnungen. Links stecknadelkopfgroß, rechts erbsengroß.

20. VII. Beim Umhergehen Urinabgang, bei Rückenlage nicht. Wieder kauterisiert mit Stiftpaquelin.

11. VIII. Ätzung mit Lapis, da beide Fisteln noch offen sind. — Lapisierung bis 8. IX.

5. XII. Tannin-Glyzerintampons. Patientin lernt, sich Tampons selbst einzuführen. Zweimal täglich.

5. X. 06. Wiederaufnahme. Die Vagina verengert sich nach einer Länge von 3—4 cm zu einer trichterförmigen, doppelten, je etwa stricknadeldicken Öffnung, aus denen Urin ununterbrochen abfließt. Die Öffnung führt in die mit der Vagina kommunzierende Blase.

Zystoskopisch: Die Naht der Blase erstreckt sich nach rechts; während links mehrere Falten und spaltförmige Verengungen sich zeigten. Die Mündung des rechten Ureters war gut erkennbar. Rechts mehr gegen den Blasengrund zu befindet sich, von unregelmäßigen Wülsten umgeben, eine trichterförmige Einsenkung, die in die Fistel zu führen scheint.

15. XI. Urinabgang beim Herumgehen, in ruhiger Rückenlage wenig. — Tannintampons und Lysolspülung.

6. XII. Patientin wird mit Tampons entlassen.

27. VI. 07. Urinabgang wie früher. Ätzung.

10. VII. Entlassen.

46. J.-Nr. 221/04.

Hausfrau Therese R. 40 J.

13 p., davon IV. Wendung, VII. Embryotomie, XI. Wendung, XIII. Embryotomie. Seit der letzten Geburt geht Urin durch die Scheide ab.

16. XI. Aufnahme in die Klinik. Beim Eindringen in die Vagina kommt man auf einen etwa $3^1/_2$ cm langen Defekt, durch welchen man in eine weite Öffnung gelangt. Man dringt mit Leichtigkeit mit ein bis zwei Fingern ein. — Tiefe Blasen-Gebärmutter-Scheidenfistel.

Vorbereitung mit zehnprozentigen Tanninvaselineinlagen und Sitzbädern. Täglich morgens und abends werden Tampons eingelegt.

5. XII. Durch die Tanninvaselintampons ist die Scheidenschleimhaut sehr wesentlich erweicht und nachgiebig geworden. Die große Blasenscheidenfistel (gut markstückgroß) geht bis zum Rande der vorderen Lippe heran, die wesentlich verkürzt ist.

7. XII. Mit der Kugelzange vordere Lippe herabgezogen. Fistel bloßgelegt. Blasenschleimhaut rings umschnitten und von der Scheidenwand losgelöst. Blasenwand durch feine Seidensuturen vereinigt, darüber mittels Katgut Gebärmutter- und Scheidenwand. Das nach vorn und rechts nach dem Schambogenschenkel gehende Ende der Fistel mit Häkchen fixiert. Blasenwand in gleicher Weise abgelöst, dann vereinigt. Milchprobe positiv. Jodoformtampon.

26. XII. Vollständig geheilt entlassen.

47. J.-Nr. 227/04.

Taglöhnersfrau Therese W. 41 J.

15 p., davon zwei Frühgeburten, eine Fußlage, eine Querlage. Bei der letzten Geburt sei die Nachgeburt vorgelegen, der Arzt habe die Zange angelegt. Sofort p. p. ging der Urin durch die Scheide ab.

23. XI. Aufnahme in die Klinik. An der vorderen Scheidenwand fühlt man ungefähr 4 cm über den Hymenresten eine gerade für den Zeigefinger durchgehende Off-

nung zwischen Blase und Scheide. Der obere Teil dieser Kommunikation durchsetzt in einem sagittalen Riß die vordere Muttermundslippe bis zum inneren Muttermund.

7. XII. Durch einen Querschnitt der obere Fistelrand von der Unterlage in der Gegend des inneren Muttermundes abgetrennt und dann die Blase stumpf mit dem Finger ungefähr 2 cm nach oben abgelöst. Peripherie der Fistel auf 1 cm angefrischt, Blasenwand nach allen Richtungen auf 2 cm mobilisiert, mit fünf Seidennähten vernäht. Darauf die stumpf abgeschobenen Scheidenschleimhautlappen in einer zweiten Etage mit Katgut vereinigt. Milchprobe positiv. Jodoformtampon. Skenescher Pferdefuß.

11. XII. Urin per vaginam. $1^1/_2$ cm unter der vorderen Lippe stecknadelkopfgroße Stelle, aus der Urin deutlich absickert. Ätzung mit lapis mitigatus. Bettruhe und Seitenlage.

24. XII. Geheilt entlassen.

48. J.-Nr. 240/04.

Gütlersfrau Marie H. 32 J.

7 p., davon fünf Zangen, letzter Zangengeburt. Kind sehr groß. Perforation, da anders nicht extrahierbar. Acht Tage lang konnte Patientin im Bett Wasser halten. Sobald sie aufstand, lief Urin von selbst ab. Allmählich konnte sie wieder mehr Wasser halten.

12. XII. Aufnahme in die Klinik. Nach Eingießen von Milch fließt dieselbe aus dem äußeren Muttermund mit ziemlich kräftigem Strahl heraus.

Zystoskopisch. Die Fistelöffnung in der Blase liegt direkt ungefähr 1 cm hinter der linken Ureteröffnung, ist ungefähr klein-linsengroß, scharf umrandet, ziemlich rundoval.

14. XII. Mit Kugelzange vordere Muttermundslippe gefaßt, dann eine Sonde von der Blase aus durch die Fistel geführt; hierauf die Kanalwunde der Fistel in der Tiefe von 1 cm ringsum ausgeschnitten, endlich zehn feine Seidennähte von links nach rechts durch die Wunde geführt. Der Zervikalkanal wurde bei der Vernähung vollständig mitgeschlossen. Milchprobe positiv. Zwei Jodeformgazetampons.

20. XII. Urin per vaginam.

18. I. 05. Zuerst vordere Muttermundslippe mit der Kugelzange gefaßt und herabgezogen. Dann an der hinteren Lippe eine Anfrischung von $1^1/_2$—2 cm gemacht bis ins Vaginalgewölbe, ebenso an der vorderen Muttermundslippe; nunmehr in den linken Wundwinkel drei feinste Seidenfäden eingelegt und der übrige Teil der Wunde durch fortlaufenden Katgut geschlossen. — Urin wird durch Katheter entfernt.

7. II. Geheilt entlassen. — Wiederbestellt: Kein unfreiwilliger Urinabgang. Periode durch die Blase. Urinieren ohne Schmerzen.

49. J.-Nr. 55/05.

Gütlersfrau Margarete F. 38 J.

8 p., III. Wendung, IV. und VI. Zange, VII. Wendung. Letzter Beckenendlage; Kind von der Hebamme extrahiert. Geburt dauerte zwölf Stunden. Seit der letzten Geburt kann Patientin Urin nicht ständig zurückhalten.

28. II. Aufnahme in die Klinik. Scheidenwand vorn und hinten glatt, kein Substanzverlust bzw. keine Kommunikation. Portio zeigt eine Reihe Einkerbungen und Zerklüftungen namentlich an den Kommissuren. Vordere Lippe bis zum inneren Muttermund gespalten. Ursache Extraktion bei ungenügend erweitertem Muttermund.

4. III. Mit zwei Kugelzangen wurde die vordere Lippe fixiert. Der rechte Fistelrand ist jedoch hoch oben, läßt sich nicht im mindesten herabziehen. Die Umschneidung und Loslösung der Fistelränder gelang nicht, daher wurde die Operation vorläufig unterbrochen. Es soll eine quere Obliteration der Scheide mit oder ohne Eröffnung der Blase vorgenommen werden.

9. III. Auf dringenden Wunsch wird Patientin entlassen.

50. J.-Nr. 67/05.

Fabrikarbeiterin Aloisia K. 30 Jahre.

3. II. wurde Patientin operiert. — Totalexstirpation und Exstirpation der Adnexe. — Abfluß von Urin aus der Scheide, doch kann Patientin daneben den Urin auch halten.

24. III. Aufnahme in die Klinik. Die Scheide ist glatt; im Scheidengewölbe verläuft eine quere Narbe mit seitlichen Vertiefungen. Irgendeine Öffnung, ein Loch oder ein Granulationsknöpfchen ist nicht zu palpieren. Nach Freilegung der Scheide mit hinterer und vorderer Platte auch nichts zu sehen, obwohl bei starker Füllung der Blase etwa ein Eßlöffel voll in die Scheide überfließt.

Zystoskopisch: Die ganz kleine, in etwas strahlig verzogenem Grübchen sitzende, halblinsengroße Blasenscheidenfistel hat ihren Sitz im Blasenfundus, etwa 1 cm hinter den Ureterenmündungen und ziemlich gleichweit von beiden Ureterenmündungen.

30. III. Umgebung der Fistel angefrischt in ziemlich steiler Richtung und in über 1 cm weiter Ausdehnung; ringsherum wurden zunächst vier versenkte kleine Seidenfäden zum Verschluß der Fistel angelegt und darüber die Scheidenschleimhaut mit sieben Seidenfäden fest geschlossen. Milchprobe positiv. Jodoformgazestreifen.

25. IV. Etwas Urin geht ab. Probeflüssigkeit fließt ab bei einer Füllung der Blase mit mindestens 250 ccm Kali hypermanganicum. Entlassen.

30. V. Wiederaufnahme. In der Mitte der Operationsnarbe im oberen Scheidengewölbe eine ganz kleine, kaum sichtbar zu machende Öffnung. Ätzung mit dem Galvanokauterium.

10. VI. Patientin behauptet, daß der Ausfluß aus den Genitalien viel stärker jetzt sei wie vor der Operation.

11. VI. Auf Wunsch entlassen.

51. J.-Nr. 196/05.

Zementarbeitersfrau Marie K. 35 J.

5 partus spontan; letzter 31. Juli 1905. Kind intra partum gestorben, daher Perforation. Schmerzen in der rechten Seite und fortwährender Urinabgang.

1. X. Aufnahme in die Klinik. Im Spekulum zeigt sich, daß der Urin aus der Zervix kommt.

Diagnose: Parametritis dextra exsudativa; recto-dextro-

versio uteri I^0; ruptura cervico-laquearis duplex; endometritis cervicalis; fistula vesico-cervicalis.

5. X. Urinabgang hat aufgehört.

31. X. Auf dringenden Wunsch entlassen.

52. J.-Nr. 41/06.

Putzerin Sophie B. 43 J.

3 partus normal.

5. III. Patientin kommt wegen Carcinoma portionis vaginalis uteri mit beginnendem Übergang auf das rechte Parametrium.

17. III. Abdominale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe.

26. III. Es geht Urin durch die Scheide ab. Patientin erhält Scheidenspülungen, ferner wird sie angehalten von Zeit zu Zeit zu versuchen, den Urin in die Schüssel zu entleeren. Es wird angenommen, daß es ihr gelingt, wieder auf gewöhnlichem Wege Wasser zu lassen.

5. IV. Dränrohr in die Scheide gelegt, um Urin aufzufangen.

6. IV. Zystoskopiert: Es wurde eine Fistel erkannt, doch gelang die Abfindung derselben von der Scheide aus nachträglich nicht. In die Scheide wurden drei Wattetampons eingelegt, nachdem zuvor die Gegend, wo der Urin hervorkam, mit Perubalsam geätzt war.

16. IV. Zystoskopisch: Blasenscheidenfistel von Stecknadelkopfgröße. Ätzung mit Höllenstein. Tampon.

10. V. Kauterisation mit acid. nitr. fumans alle drei Tage.

20. VI. Fistel ungefähr $^1/_2$ cm mit ihrem Rande vom rechten Ureter entfernt. Inzision der Scheidenwand der Länge nach, beginnend 2 cm oberhalb des Randes. Abpräparierung mit dem Finger von der Blase; Fortsetzung des stumpfen Abpraeparierens nach der Seite zu und zuletzt auch am unteren Umfang, so daß Vaginalwand in Breite von $1^1/_2$ cm von der Blasenwand mobilisiert war. Nunmehr wurden fünf bis sechs Nähte durch die Blasenwand gelegt und auf diese Weise Blase verschlossen.

Hierauf acht Seidenligaturen zur linearen Vernähung der Scheidenwand. Dauerkatheter.

7. VIII. Ätzung der Fistel mit Jodtinktur.

16. VIII. Paraffininjektion in die Umgebung der Fistel.

21. VIII. Nochmals Paraffininjektion.

25. VIII. Patientin konnte $1^1/_2$ Stunden lang Urin halten. Augenblickliches Resultat zufriedenstellend. Entlassen mit der Weisung, sich nötigenfalls im Ambulatorium der Klinik einzufinden.

53. J.-Nr. 98/06; 2/07.

Dienstmädchen Marie B. 23 J.

1 partus im Juli 1904; forceps. Unwillkürlicher Urinabgang stellte sich sofort p. p. ein. Anfang September 1904 Ureterenfisteloperation. Blasenfistel zurückgeblieben.

12. V. Aufnahme in die Klinik.

20. V. Zystoskopisch: In der kleinen narbigen Vertiefung am linken Ureterostium ist ein schneeweißes Phosphatkonkrement angesammelt, das mit einem äußerst deutlichen Stielchen aus der Tiefe des Narbentrichters hervorragt. Die Entfernung des kleinen Konkrementes gelingt leicht, nicht dagegen trotz mehrfachen Fassens die Entfernung des im Grunde des Narbentrichters deutlich sichtbaren sehr harten Fadenknopfes. Das Krallenzängchen gleitet immer ab. In Narkose wurde eine ganz kleine Fistel, die links unter der Portio lag, mit Platten freigelegt, für eine Mittelsonde nicht durchgängig, doch floß die in die Blase eingespritzte Milch in ganz geringer Menge aus. Zweifellos war diese Fistel durch den in der Blasenwand liegenden Seidenfaden bedingt. Ein nochmaliger Versuch, den Knopf endovesikal zu entfernen, gelang nicht.

21. V. Zirkuläre Anfrischung der Fistelränder. Scheidenschleimhaut in Ausdehnung von $^1/_2$ cm mit zwei versenkten Katgutnähten und je zwei oberflächlichen Katgut- und Seidenfäden geschlossen. Dauerkatheter.

29. V. Dauerkatheter entfernt. Es geht kein Urin unwillkürlich ab.

10. VI. Beim Aufstehen sollen einige Tropfen Urin abgegangen sein.

18. VI. Ätzung der Fistel.

21. VII. Entlassen mit der Anweisung, sich ambulatorisch zwecks Ätzung behandeln zu lassen.

3. I. 07. Wiederaufnahme. Patientin war bis Dezember 1906 kontinent. Vor drei bis vier Wochen fing das Urinträufeln wieder an.

5. I. Zystoskopie zeigte einen schon per vaginam gefühlten Blasenstein, der auf der Unterlage festsaß. Der Stein wurde zertrümmert und abgelöst, doch blieb ein Stückchen zurück, das trotz mehrfachen Versuches von der Unterlage nicht abzulösen war. Blasenspülung.

16. I. Mit einer stärkeren Zange wurde der Stein vollständig zerbröckelt und herausgenommen. Doch zeigte sich, daß der Stein in den linken Ureter sich fortsetzte.

21. I. Scheide mit Platten bloßgelegt. Ab und zu sammelt sich ein Tropfen Urin an, was für eine minimale Fistel spricht.

26. I. Im linken Scheidengewölbe ein kleiner eingezogener Trichter von einer dünnen Schleimhautbrücke überdeckt. Füllen der Blase mit einer blauen Flüssigkeit, dieselbe fließt bei starker Füllung durch den Trichter in die Vagina in mäßiger Menge ab. Die Fistel selbst an derselben Stelle, die dem Steinreste in der Blase entspricht. Eine feine Sonde nicht durchführbar. Nach Entfernung der größten Masse des Steines (haselnußgroß) geht wieder etwas mehr Urin ab.

21. III. Es geht viel Urin unwillkürlich ab.

4. IV. Fistel zugänglich gemacht, dann Uterussonde hindurchgeschoben; Fistel etwas erweitert; Sonde durch Kornzange ersetzt und mit derselben Steinrest entfernt. Ein kirschkerngroßer Stein im Ureter entfernt. Fistel geschlossen. — Dauerkatheter.

12. IV. Abgang von Urin aus der Scheide wahrscheinlich.

22. IV. Entfernung des Dauerkatheters.

25. IV. Scheide bloßgelegt. Narbentrichter in der Gegend, wo der Stein herausgenommen war; dort kam auch der Urin heraus. Wahrscheinlich Mündung des einen Ureters.

4. IX. Aller Urin geht ab. In der Wölbung überall narbiges Gewebe. Links oben ein Narbentrichter, in den man die Fingerspitze einlegen kann. Hier kommt auch der Urin heraus. Es ist auch wahrscheinlich, daß der linke Ureter in den fistulösen Narbentrichter einmündet. Zystoskopisch ist von einer linken Ureteraktion nichts wahrzunehmen.

11. IX. Es wird beschlossen, nach dem Vorschlage von Bumm die sporenhaltige Scheidewand zwischen der Tasche und der Blasenscheidenfistel durch Anlegung einer Dauerklemme zur Nekrose zu bringen, um so zunächst eine breite sichere Verbindung zwischen der supponierten Ureterenfistel und der Blasenscheidenfistel herzustellen.

23. IX. Dauerklemme weggenommen.

30. IX. Fistel ist kleiner, doch geht Urin noch ab. Patientin kann auch spontan Urin lassen.

23. XI. Patientin kann gar keinen Urin zurückhalten.

31. XI. Laparotomie. Es wird zunächst der Uterus mit den Adnexen unter Zurücklassung des linken Ovariums exstirpiert. Dabei wird das Loch im linken Scheidengewölbe bloßgelegt. Das Loch in der Blase wird von oben her mit zweireihiger Naht geschlossen. Dann wird die linke Niere exstirpiert. Milchprobe positiv. Dauerkatheter.

23. VII. Geringfügiger unwillkürlicher Harnabfluß durch die Scheide. Entlassen.

20. I. 08. Patientin gibt an, daß sie drei Wochen kontinent gewesen sei; sie habe aus der Urethra einen fast haselnußgroßen Stein entfernt. Jetzt ist Patientin im großen und ganzen nicht kontinent.

25. I. Anfrischung der Fistelränder.

7. II. Patientin vollständig kontinent.

20. II. Narbe fest; nirgends eine Fistel; Scheide trocken.

54. J.-Nr. 155/07.

Parkettschreinersgattin Fanny T. 29 J.

5 partus; IV. Zwillinge, V. forceps. Seit zwei Tagen geht Urin mit Blut dauernd ab.

20. VIII. Aufnahme in die Klinik. Beim Freilegen mit Platten sieht man links hinten einen gelben, eitrigen, festsitzenden Pfropf, eiterndes Ulkus, das den Eingang zu einer großen, im rechten Parametrium befindlichen Eiterhöhle bildet. Muttermundöffnung setzt sich nach rechts in ein scharfrandiges Loch fort, das in die Eiterhöhle führt. In der Scheide und vielleicht auch in der Blase perforierter parametraner Abszeß. — Tannin-Glyzerintampons. Da mit Spontanheilung nicht zu rechnen ist, wird Operation beschlossen.

21. VIII. Rechts und vorn vor dem Muttermund die vom Durchbruch des Abszesses herrührende Einziehung zur Blase. Mehr gegen die Medianlinie zu ging in eine durch Granulationen bedeckte Narbe, die von der Scheidenwand etwas überdeckt war, eine für den Kleinfinger durchgängige Fistel in die Blase. — Vordere Vaginalwand bis zur Portio der Länge nach gespalten. Blase abpräpariert. Ränder angefrischt, durch mehrere Katgutfäden vernäht. Scheidenverschluß durch mehrere Katgutknopfnähte. Dauerkatheter.

5. IX. Dauerkatheter entfernt. Patientin wird angehalten, alle zwei Stunden Urin zu lassen. — Kein Urinabgang.

18. IX. Geheilt entlassen.

55. J.-Nr. 177/07.

Ökonomenfrau Franziska S. 28 J.

1 partus. Frühgeburt; in Chloroformnarkose entbunden.

19. VIII. Aufnahme in die Klinik. Vaginalwand glatt. Portio sehr kurz; vordere Lippe geht direkt in die vordere Vaginalwand über, stark zerrissen. Unmittelbar davor eine Öffnung, in die man die Fingerkuppe einlegen kann und aus der Urin abfließt. Ränder der Fistel ziemlich derb, ein wenig verdickt.

20. VIII. Portio herabgezogen. Da eine Ablösung der Ränder in situ nicht möglich war und die Fistel direkt in der Höhe des Zervikalkanals, dessen vordere Wand zerstört war, ausmündete, wurde rechts und links die Kommissur gespalten bis nahe gegen den inneren Muttermund; hierauf der hintere Rand der Fistel von der zervikalen Unterlage abgelöst, ebenso die vordere und seitliche Partie. Es war nun die Blasenschleimhaut zirka 1 cm zirkulär von der Unterlage abgelöst. Hierauf wurden teils längs, teils quer verlaufende Seidensuturen gelegt und die wunden Stellen aneinander gebracht; dann der Teil der vaginalen und der zervikalen Wand über der Fistel durch eigene Seidenfäden vereinigt. Milchprobe positiv. Hierauf Zusammennähen der seitlichen Einschnitte. Dauerkatheter.

28. VIII. Katheter entfernt. Eine Fistel besteht nicht.

4. IX. Geheilt entlassen.

56. J.-Nr. 188/07.

Eisengießersfrau Marie Sch. 35 J.

5 p. normal.

27. I. 07. Totalexstirpation wegen Portiokarzinom mit Übergreifen auf die Vagina und Infiltration des linken Parametriums. Nach der Radikaloperation vorübergehend unwillkürlicher Wasserabfluß, der dann von selbst aufhörte. Patientin ist dann trocken geblieben bis vor acht Wochen; seitdem fließt aller Urin ab.

9. IX. Aufnahme in die Klinik. Karzinomrezidiv fast direkt hinter dem Introitus zu fühlen. Nach oben gelangt man in eine nach der Blase führende, für den Kleinfinger durchgängige Fistel. Operativer Eingriff nicht beabsichtigt.

11. IX. Entlassen.

57. J.-Nr. 328/08.

Wäscherin Babette H. 43 J.

7 p., 6 ausgetragen, VII. Frühgeburt im siebenten Monat.

2. VII. Laparotomie wegen carcinoma portionis et cervicis.

6. VII. Bei der Blasenspülung geht ein Teil der Spülflüssigkeit durch die Scheide ab.

31. VIII. Aufnahme in die Klinik.

3. IX. Die Fistel sitzt im hintersten Ende der Scheide unmittelbar oberhalb der Totalexstirpationsnarbe. Um sie zugängig zu machen, wird ein tiefer linksseitiger Schnitt gemacht. Die Scheidenwand wird im Umfang eines Zehnpfennigstückes um das kleine Blasenloch abpräpariert; die Blase mit vier Nähten vereinigt, darüber die Scheidenwand.

13. IX. Geheilt entlassen.

58. J.-Nr. 406/08.

Köchin Kreszenz H. 29 J.

9. IX. Aufnahme in die Klinik. Partus. Hysterostomatomie und Hohe Zange.

17. IX. Urinabgang.

30. IX. Fisteloperation durch Freilegung der Blase und Naht in zwei Etagen.

18. XI. Entlassen. Patientin kann andauernd Urin halten. Blasenprobe ergibt vollständige Kontinenz.

59. J.-Nr. 456/08.

Ledige Emma B. 36 J.

29. VI. Operation wegen Myoms. Patientin kann den Urin seit dieser Zeit nicht halten.

26. XI. Aufnahme in die Klinik. Abpräparieren der Blase von der Scheide; Loslösen der Fistelränder; isolierte Naht der Blase und Scheide.

5. XI. Patientin kann spontan Urin lassen. Gehen ohne Beschwerden.

9. XII. Geheilt entlassen.

60. J.-Nr. 462/08.

Bergmannsfrau Maria G. 37 J.

8 p., davon zwei Frühgeburten und zwei in Steißlage. Beim letzten Kunsthilfe. Seit der letzten Geburt kann Patientin den Urin nicht halten.

2. XII. Aufnahme in die Klinik. Zervix kommuniziert mit der Blase durch ein markstückgroßes Loch.

4. XII. Es wird versucht, Fistel vaginal einzustellen, es ist aber unmöglich, Fistel allseitig zu Gesicht zu bringen. Vaginale Totalexstirpation des Uterus mißlingt, da allseitige

Verwachsungen des Uterus sein Tieferziehen verhindern. Daher Laparotomie. Es zeigt sich, daß Netz mit Uterus fest verwachsen ist, offenbar infolge einer abgelaufenen puerperalen Peritonitis. Exstirpation des Uterus, der Adnexe der einen Seite und einer Tube von oben. Fistel, die in der linken Hinterwand der Blase sitzt, bequem zugänglich gemacht und in zwei Etagen vernäht.

19. XII. Wunde tadellos geheilt. Patientin geheilt entlassen.

Alle die angeführten sechzig Fälle wollen wir einer besseren Übersicht wegen in einer Tabelle schematisch noch einmal aufführen (vgl. folgende Seiten).

Was nun zunächst die Ursache der Blasengenitalfisteln anbetrifft, so sehen wir, daß in der Mehrzahl unserer Fälle diese mit der Geburt in Zusammenhang steht. Bei allen diesen Fällen — 35 sind es — ist mit Ausnahme von Fall 45, ärztliche Kunsthilfe angewandt worden; davon ließ in einem Falle (49) die Hebamme der Kreißenden die Kunsthilfe angedeihen. Und doch wird niemand behaupten können oder wollen, daß hier die Schuld dem Arzte oder seinen Instrumenten beizumessen sei. Der Vorgang ist ja klar: nachdem die Frauen überlange gekreißt hatten, ohne daß die Entwicklung weiter vor sich ging, wurde der Arzt geholt, der nun die Indikationen zur Handhabung seiner Instrumente gegeben vorfand. Inzwischen war aber schon die Druckgangrän zu weit vorgeschritten, als daß noch etwas zur Verhütung einer Fistel hätte geschehen können.

Einige Fälle jedoch, wie Fall 16, 20, 22, 30, 49, 51, 53, 55, 58, müssen wir gesondert besprechen, wenn wir nach der Ätiologie forschen. Bei Fall 16 besteht eine erbsengroße Blasenscheiden- und eine $1\,^1/_2$ cm große Blasenzervixfistel. Aus der Anamnese entnehmen wir, daß nach einem vergeblichen Zangenversuch das Kind spontan geboren wurde, und weiter, daß sofort p. p. Harnträufeln eingetreten ist. Es ist klar, daß ein räumliches Mißverhältnis zwischen Kopf und mütterlichem Becken nicht vorgelegen haben

Fall	Alter d. Patient.	Ursache der Fistelbildung	Art der Fistel	Größe der Fistel	Art der Behandlung	Erfolg + geheilt — nichtg. g = gebess.
1. M. S.	28	Geburt	Blasenscheidenfistel	3 : 2 cm + 1 erbsengroß	26 mal operiert. Vaginaler Verschluß der Fistel, darunter 1 mal Kolpokleisis	+
2. M. L.	43	„	Blasenzervixscheidenf.	klein	Vaginaler Verschluß	+
3. T. R.	24	„	Blasenscheidenfistel	durchgängig f. d. Fingerkuppe	„ „	+
4. A. B.	65	Karzinom	„	talergroß	—	—
5. B. V.	34	„	?	?	—	—
6. F. Sch.	34	Geburt	1 Blasenscheiden- u. 1 Blasenzervixfistel	?	2 mal vaginaler Verschluß	+
7. W. R.	30	„	Blasenscheidenfistel	1 : 2 cm	Vaginaler Verschluß	+
8. P. B.	27	„	Urethral- + Gebärmutterblasenfistel	klein	„ „	—
9. A. K.	35	Totalexstirpation	Blasenscheidenfistel	1 cm	4 mal vaginaler Verschluß	+
10. B. P.	47	Geburt	Blasenzervixfistel	$1^1/_2$ cm	Vaginaler Verschluß	—
11. M. B.	26	„	Blasenscheidenfistel	?	2 mal vaginaler Verschluß und 3 mal Kauterisation	—
12. M. B.	34	„	„	dreimarkstückgroß	Vaginaler Verschluß	g.
13. F. K.	35	„	„	talergroß	„ „	—
14. H. F.	20	„	Vesikozervikalfistel	stecknadelkopfgroß	1 mal vaginaler Verschluß 1 mal Kauterisation	+
15. A. E.	53	Totalexstirpation	Blasenscheidenfistel	klein	Vaginaler Verschluß	g.
16. M. M.	22	Zange? Geburt	Blasenscheiden- + Blasenzervixfistel	erbsengroß + $1^1/_2$ cm	„ „	+
17. C. H.	40	Karzinom	Blasenzervixfistel	?	—	—
18. A. H.	56	„	Blasenscheidenfistel	?	—	—
19. T. W.	44	Geburt	„	2 : 1 cm	Vaginaler Verschluß	+
20. F. Sch.	40	Geburtshilfl. Eingriff	„	für 2 Finger durchgängig	Vagin. Verschluß, teilweise	—

Fall	Alter d. Patient.	Ursache der Fistelbildung	Art der Fistel	Größe der Fistel	Art der Behandlung	Erfolg + geheilt — nichtg. g. gebess.
21. A. H.	29	Geburt	Blasenscheidenfistel	Fingerkuppe	Vaginaler Verschluß	+
22. W. H.	23	Geburt + Lues	Blasenscheiden- Mastdarmfistel	Defekt der ganzen Vaginalwand	Anwendung des Kolpeurynters	—
23. A. S.	52	Karzinom	?	?	—	—
24. A. M.	60	Pessar	Blasenscheidenfistel	für 1 Finger durchgängig	Vaginaler Verschluß	+
25. M. Sch.	42	Geburt	Blasenscheidenzervixf.	„ „	„	g.
26. E. Sch.	20	Laparotomie	Blasenscheidenfistel	klein	2 mal vaginaler Verschluß 1 mal Kauterisation	+
27. N. N.	48	Geburt	„	erbsengroß	Vaginaler Verschluß	—
28. R. G.	56	Karzinom	„	Fingerkuppe	—	—
29. K. H.	45	Geburt	„	für 2 Finger durchgängig + 2 kleine	2 mal vaginaler Verschluß 8 mal Kauterisation	g.
30. C. A.	38	Geburtshilfl. Eingriff	Blasenzervixfistel	erbsengroß	Vaginaler Verschluß	+
31. K. K.	34	Geburt	Blasenscheidenfistel	Uterussondenkopf durchgängig	„	+
32. T. M.	37	„	Blasenzervixfistel	klein	„	+
33. K. N.	?	Karzinom	Blasenscheidenfistel	dreimarkstückgroß	Versuch zum vag. Verschluß	g.
34. J. N.	30	Geburt	Blasenzervixfistel	?	Vaginaler Verschluß	g.
35. C. W.	28	„	Blasenscheidenzervixf.	fünfpfennigstückgroß	„	g.
36. M. G.	40	Totalexstirpation	Blasenscheidenfistel	für 1 Finger durchgängig	„	+
37. T. L.	31	Geburt	Blasenscheidenzervixf.	2 cm	„	—
38. K. S.	28	„	Blasenscheidenfistel	erbsengroß	2 mal vaginaler Verschluß 2 mal Kauterisation	—
39. B. B.	26	„	„	„	1 mal vaginaler Verschluß 7 mal Kauterisation	—
40. M. S.	44	„	„	walnußgroß	Vaginaler Verschluß	exit.

41. V. E.	37	„	Blasenscheiden- + Blasengebärmutterf.	pfennigstückgroß + ?	„	—
42. A. S.	41	Totalexstirpation	Blasenscheidenfistel	für 2 Finger durchgängig	„	+
43. M. S.	34	„	„	für mittlere Uterussonde durchgängig	1 mal vaginaler Verschluß Ätzung	—
44. T. H.	28	Karzinomrezidiv	Blasenscheiden-Mastdarmfistel	?	—	exit.
45. A. M.	35	Geburt	Blasenscheidenfistel	Defekt der vord. Vaginalwand	Kolpokleisis und Ätzung	—
46. T. R.	40	„	Blasengebärmutter + Blasenscheidenfistel	? + markstückgroß	Vaginaler Verschluß	+
47. T. W.	41	Zange	Blasenscheidenfistel	für Zeigefinger durchgängig	Vaginaler Verschluß und Ätzung	+
48. M. H.	32	Geburt	Blasengebärmutterfistel	?	Hysterokleisis 2 mal	+
49. M. F.	38	„	„	?	Versuch z. vag. Verschluß	—
50. A. K.	30	Totalexstirpation	Blasenscheidenfistel	halblinsengroß	Vaginaler Verschluß und Kauterisation	—
51 M. K.	35	Geburt ?	Blasenzervixfistel	?	—	+ ?
52. S. B.	43	Totalexstirpation	Blasenscheidenfistel	stecknadelkopfgroß	Ätzung. Vaginaler Verschluß Paraffininjektion	g.
53. M. B.	23	Geburt?	„	„	Nach verschied. Versuchen abdomin. Verschluß	+
54. F. T.	29	Abszeß im rechten Parametr.	„	für Kleinfinger durchgängig	Vaginaler Verschluß	+
55. F. S.	28	Geburtshilfl. Eingriff	Blasenscheidenzervixf.	Fingerkuppe	„	+
56. M. Sch.	35	Karzinomrezidiv?	Blasenscheidenfistel	„	—	—
57. B. H.	43	Totalexstirpation	„	?	Vaginaler Verschluß	+
58. C. H.	29	Hysterostomatomie?	?	?	Freilegung der Blase	+
59. E. B.	36	Myomoperation	Blasenscheidenfistel	?	Vaginaler Verschluß	+
60. M. G.	37	Geburt	Blasenscheidenzervixf.	markstückgroß	Abdominaler Verschluß	+

kann. Die Kleinheit der Fisteln, der Sitz der beiden an zwei ganz verschiedenen Stellen und nicht zum mindesten der Umstand, daß sofort p. p. Harnträufeln eingetreten ist, läßt vermuten, daß hier wohl die Zange die Ursache zur Fistelbildung gab.

Anders liegt der Fall 22. Zweifellos war hier die Ursache der furchtbaren Blasenscheiden-Mastdarmfistel die Geburt selbst. Doch kam die Patientin mit einer Lues ins Wochenbett. Wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir annehmen, daß hier die ganze Vaginalschleimhaut durch die syphilitischen Prozesse derart geschädigt und morsch wurde, daß es einer relativ unschädlichen causa nocens, wie es der Geburtsvorgang ist, bedurfte, um einen solchen Defekt in der Kontinuität der Vagina hervorzurufen. Daß bei der Entwicklung des Kopfes die Zange angelegt wurde, hat höchstwahrscheinlich auf die Fistelbildung keinen begünstigenden Einfluß ausgeübt.

Bei Fall 49 besagt die Krankengeschichte, daß die an der Portio bestehenden Einkerbungen und Zerklüftungen infolge Extraktion bei ungenügend erweitertem Muttermund entstanden sind. Da jedoch genaue Angaben über Sitz und namentlich Aussehen der Fistel nicht gegeben sind, läßt sich jetzt kaum mehr entscheiden, welcher Ursache, ob Druck oder Extraktion, die Fistel zuzuschreiben ist. Es ist unstreitbar möglich, daß auch hier Druckgangrän vorgelegen haben könnte.

Im Falle 51 kam die Patientin zwei Monate nach einer durch Perforation stattgefundenen Entbindung in die Klinik. Bei der Aufnahme wurden zwar neben einer Blasenzervixfistel entzündliche Prozesse im Para- und Endometrium diagnostiziert, doch ist es hier mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß nicht die entzündlichen Prozesse, sondern der Geburtsvorgang die Fistel verursacht hat.

Fall 53 bietet insoweit Interesse, als hier eine Konkrementbildung an der Narbe einer früher bereits operierten Fistel die Ursache zu einer neuen Fistel abgab. Recht merkwürdig gestaltet sich dagegen Fall 55. Eine Frau

wurde in Chloroformnarkose von einem nicht ausgetragenen Kinde entbunden mit dem Resultate, daß eine Blasenzervixfistel zurückblieb. Wenn auch nicht gesagt ist, ob und was für Instrumente gehandhabt wurden, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, daß hier die Operation anzuschulden ist, denn ein räumliches Mißverhältnis zwischen Kopf und mütterlichem Becken oder sonst welcher Druck ist hier sicherlich auszuschließen. Ähnlich wird es sich auch wahrscheinlich mit Fall 58 verhalten, dessen nähere Besprechung sich daher wohl erübrigt.

Schließlich sind Fall 20 und 30 zu erwähnen, wo die Anamnese besagt, daß bei den vorgenommenen geburtshilflichen Operationen die Blase lädiert wurde. Bei Fall 20 war ja ein die Verletzung begünstigender Umstand in dem Karzinom gegeben; bei Fall 30 ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß ein Knochensplitter vom Genitale in die Blase gedrungen ist und so die Kommunikation hergestellt hat. Doch es darf nicht verschwiegen werden, daß auch hier ebensogut Druckgangrän vorgelegen haben kann. Jedenfalls läßt sich mit Sicherheit die Ätiologie nicht mehr eruieren.

An zweiter Stelle ist die häufigste Ursache, in unserer Kasuistik, zur Fistelbildung das Karzinom oder dessen Folgen, nämlich die operativen Eingriffe, auf die wir jedoch erst später eingehen werden. In 9 Fällen unter 60 ist zu dieser Neubildung noch eine Fistel hinzugekommen, ein doppeltes Unglück für die damit betroffenen Frauen. Die Leidensgeschichte dieser Unglücklichen ist fast immer dieselbe. Das Karzinom beginnt an der Portio, greift dann auf die Vaginalwände über, um schließlich das Blasenscheidenseptum zu arrodieren und eine Kommunikation zwischen Blase und Scheide herzustellen. Nicht ganz einwandfrei ist Fall 56. Die Patientin wurde am 27. I. 07 operiert wegen Portiokarzinom und kommt am 9. IX. mit einem Rezidiv wieder. Nach der Radikaloperation soll vorübergehend unwillkürlicher Harnabfluß bestanden haben, der dann von selbst aufhörte. Es ist nicht ausgeschlossen,

daß die Operation eine Fistel zurückließ, die dann durch die rezidivierenden Karzinommassen geschlossen wurde und schließlich beim Zerfall des Gewebes wieder zum Vorschein kam.

In acht weiteren Fällen war das Karzinom zwar nicht direkt die Ursache der Fistel, jedoch indirekt durch seine Folgen. Die direkte Ursache war dabei die Operation, die in der Totalexstirpation des Uterus bestand, die eine Blasenscheidenfistel zurückließ. In einem Falle (59) resultierte eine Blasenscheidenfistel nach einer Myomoperation, in einem zweiten (26) nach einer Laparotomie, die aus nicht näher bekannten Gründen ausgeführt werden mußte. Im letzten Falle war die Vaginalwand absichtlich verletzt, und dabei ist auch wahrscheinlich die Blasenwand unabsichtlich mitverletzt worden.

Von anderen Ursachen traumatischer Art kommt in unserer Kasuistik nur Fall 24 in Betracht, wo die Kranke durch das Tragen eines Pessars eine Blasenscheidenfistel akquirierte.

Ein ätiologisch äußerst seltener Fall ist Nr. 54. Bei dieser 29jährigen Patientin ist im rechten Parametrium ein Eiterherd, der in die Scheide und in die Blase durchgebrochen ist und infolgedessen zur Fistelbildung führte. Ob dieser Eiterherd die Folge der letzten Zangengeburt ist oder nicht, kann hier unberücksichtigt gelassen werden; das Wichtigste für uns ist nämlich die unmittelbare Ursache zur Fistelbildung, die hier zweifellos in dem Eiterprozeß zu suchen ist.

In unserer Kasuistik sind alle Arten der Blasengenitalfisteln vertreten; von den 60 Fällen sind 35 reine Blasenscheidenfisteln, acht Blasenzervix- und zwei Blasengebärmutterfisteln. In elf Fällen ist eine Kombination dieser Arten vorhanden, und zwar in der Weise, daß entweder die Kontinuität der Wand zwischen Blase und Genitaltraktus nur einmal unterbrochen ist, oder auch, daß sie an mehreren Stellen unterbrochen ist, und so zwei oder mehrere Fisteln — jede für sich — entstanden sind. In einem Falle (8)

sitzt die eine Fistel in Urethra, in zwei anderen (Fall 22, 44) in der Rektumscheidenwand.

In drei Fällen (5, 23, 58) fehlt die Angabe über die Art der Fistel, doch scheint es sich stets um Blasenscheidenfisteln zu handeln.

Die Größe der Fisteln ist recht mannigfaltig; wir finden ganz kleine, kaum stecknadelkopfgroße, aber auch solche, bei denen die Kommunikation infolge Defektes der ganzen vorderen Vaginalwand hergestellt ist.

Was nun die Therapie der Blasengenitalfisteln bei unseren Kranken betrifft, so sehen wir, daß bei allen operablen Fisteln, mit Ausnahme von sechs Fällen, der Versuch gemacht wurde, die Fistel von der Vagina aus zu schließen. Welchen eminenten Schwierigkeiten alle therapeutischen Maßregeln begegnen, lehren uns solche Fälle wie Fall 1, 3, 38 usw., wo die Frauen immer wieder und wieder operiert werden mußten, um von dem großen Übel befreit zu werden; und selbst nach wiederholten Eingriffen konnte nicht von einer Heilung die Rede sein.

Nur bei sehr kleinen Öffnungen suchte man mit Thermokauter, Lapisätzungen u. dgl. einen Verschluß herbeizuführen.

Doch nicht immer gelang es, durch die erwähnten Verfahren, die Kranke zu heilen. Die Patientin verlangt aber vom Arzte die Heilung. Und so sehen wir, daß auch in unserer Kasuistik verstümmelnde Operationen angewandt werden mußten, wie es die Hysterokleisis in Fall 48 und die Kolpokleisis in Fall 45 ist. Der Kranken blieb eben nur die Wahl, ewige Verbannung aus der menschlichen Gesellschaft oder eine Verstümmelung. Wenn wir weiter bedenken, daß der Chirurg tagtäglich Verstümmelungen zu Heilzwecken ausführen muß, wie es Amputation, Resektionen u. dgl. sind, so werden wir wohl das Simonsche Verfahren in ganz verzweifelten Fällen selbst heute noch für gerechtfertigt ansehen.

In drei Fällen — 53, 58, 60 — mußte die Fistel vom Abdomen aus in Angriff genommen werden. In Fall 58

ist wahrscheinlich das Trendelenburgsche Verfahren angewandt. (Näheres über die Operation gibt die Krankengeschichte nicht.) Fall 53 und 60 waren auch verstümmelnde Operationen, da der Uterus mit seinen Adnexen entfernt werden mußte. Doch auch hier gilt dasselbe, was bereits hinsichtlich der Hystero- und Kolpokleisis gesagt wurde.

In zehn Fällen wurde nicht einmal der Versuch gemacht, eine Heilung anzustreben. Sehen wir von Fall 51 ab, wo die Patientin auf „dringenden Wunsch" entlassen wird, so bleiben immerhin noch 9 von 60 Fällen übrig. In 15% der Fälle steht also der Arzt dieser Krankheit rat- und hilflos gegenüber. Ein trauriger Gedanke! Fast immer — ausgenommen Fall 22 — war es ein inoperables Karzinom, das einen therapeutischen Eingriff verhinderte. Es ist ja klar, daß ein Verschluß der Fistel auf blutigem Wege bei dem karzinomatösen Gewebe unmöglich ist. Wenn wir dazu berücksichtigen, daß nur in einem von neun Fällen, bei denen Karzinom als Ätiologie der Fistel vorlag, der Versuch zum Verschluß gemacht wurde, so müssen wir eingestehen, daß prognostisch derartige Fälle sehr infaust zu beurteilen sind. Der Ausnahmefall 22 ist der bereits besprochene Luesfall. Auch hier konnte an eine Operation nicht gedacht werden; man versuchte daher den fortwährenden Harn- und Stuhlabgang durch den Kolpeurynter zu bekämpfen. Wie es scheint, hätte diese palliative Therapie ein verhältnismäßig gutes Resultat zu verzeichnen gehabt, denn „dadurch wurde ein ziemlich guter Verschluß erzielt", wenn der Kolpeurynter wegen allzu großer Schmerzen nicht hätte fortgelassen werden müssen.

Wie gestaltet sich nun der Erfolg der Operationen? Es ist bereits gesagt worden, daß in zehn Fällen nicht einmal der Versuch einer Operation gemacht wurde, es dürfen daher nur die übrigen 50 Fälle berücksichtigt werden. Bevor wir jedoch dazu übergehen, muß erst eine Frage erläutert werden. Darf bei einer Blasengenitalfistel von einer Besserung gesprochen werden? Nehmen wir an, daß eine Fistel operiert wird. Ein völliger Verschluß tritt nun

nicht ein, die Öffnung wird aber kleiner, so daß der Urin nur in geringem Maße und nach größeren Pausen durch die Scheide abgehen kann. Man könnte einwenden, daß trotzdem die Kranke denselben Unannehmlichkeiten ausgesetzt ist wie früher, daß sie und ihre Umgebung trotz Verminderung des Harnabflusses dies Leiden ebenso lästig empfinden werden wie zuvor, denn das Übel wird nicht durch die Harnmenge, sondern durch den unfreiwilligen Harnabgang bedingt. Dieser Einwand wäre gerechtfertigt, wenn nicht der Umstand von Bedeutung wäre, daß bei Verkleinerung der Öffnung die Patientin den Urin oft stundenlang zurückhalten kann, daß das Harnträufeln durch entsprechende Tamponade der Scheide völlig behoben werden kann. Wenn wir diese Umstände richtig würdigen, so dürfen wir wohl die Bezeichnung „gebessert" zur Genüge begründet ansehen.

Wir wollen nun den Erfolg der 50 operierten Fälle näher betrachten. Dabei finden wir, daß 24 mal völlige Heilung, 8 mal Besserung eintrat. Ein negatives Resultat ist in 17 Fällen zu verzeichnen. Fall 40 darf unberücksichtigt gelassen werden, da einen Tag nach der Operation der exitus letalis infolge Herzparalyse eingetreten ist. Im Prozentsatz gesprochen, heißt es, daß in 34,7 % der Fälle trotz operativer Eingriffe eine Blasengenitalfistel nicht geheilt werden konnte. Geheilt wurden 48,9 % der Fälle, gebessert 16,3 %. Das sind Zahlen, die eine deutliche Sprache führen. Noch weit trauriger gestalten sich die Zahlen, wenn wir das prozentualische Verhältnis der geheilten Fälle zum Gesamtmaterial ins Auge fassen. Nur in 40 % der Fälle konnte den unglücklichen, hilfesuchenden Frauen völlige Heilung, in 53,3 % Linderung ihres Leidens gebracht werden. Mit anderen Worten ist nach unserem Material fast jede zweite an Blasengenitalfistel erkrankte Frau dazu verurteilt, ein elendes Dasein zu fristen.

Im folgenden wollen wir nun über die wenigen Fälle von Ureterfisteln berichten, die während derselben Zeit zur Beobachtung kamen.

Geschichtlich ist es bemerkenswert, daß ihre Zahl in der letzten Zeit bedeutend zugenommen hat, während man sie früher kaum kannte, oft allerdings auch wohl nicht erkannte. Dies ist in ihrer Ätiologie begründet, denn außer nach Geburten entstehen heutzutage Harnleiterverletzungen nach den modernen gynäkologischen Operationen, namentlich bei der vaginalen und abdominalen Totalexstirpation des Uterus, bei der eine Verletzung der Ureteren häufig leider unvermeidlich ist.

Man unterscheidet zwischen Ureter-Uterusfisteln und Ureter-Scheidenfisteln, von denen die letzteren bei weitem am häufigsten vorkommen. Kommunikation zwischen Ureter einerseits und Darmkanal oder Bauchdecken andererseits kommen hier nicht zur Besprechung.

Aus den anatomischen Verhältnissen ergibt sich, daß die Diagnose einer Ureterfistel sich schwieriger gestalten wird als die einer Blasengenitalfistel. Doch besitzen wir heute in der Ureterensondierung und in der Zystoskopie, und zwar in Gestalt der Chromozystoskopie, ein Mittel, das stets zum Ziele führt, auch dann, wenn es sich darum handelt, festzustellen, welchem Ureter die Fistel angehört. Es dürfte daher wohl nur geschichtlich noch Freunds Vorschlag Interesse finden, der darin bestand, daß man zeitweise die Fistel verschloß, um aus dem Auftreten hydronephrotischer Erscheinungen auf der einen oder anderen Seite zu erkennen, welcher Ureter der lädierte war.

Wenn schon die Diagnose einer Ureterfistel als nicht leicht erklärt werden muß, so stößt erst ihre Therapie auf so große Hindernisse, daß noch heute das Wort Hofmeiers gilt: „Die Ureterfisteln bieten der Operation und Heilung fast unüberwindliche Schwierigkeiten, und es gehört die Ausführung einer solchen zu den größten und mühselig erworbenen Triumphen der Chirurgie."

Auf drei Wegen sucht man die Heilung der Ureterfisteln einzuleiten: 1. durch den plastischen direkten Verschluß der Fistel; 2. durch Neueinpflanzung des Ureters in die Blase; 3. durch Nierenexstirpation.

Nach der ersten Methode nimmt man von der Scheide aus die Fistel in Angriff. Den ersten Anstoß zu einer rationellen und planvollen Therapie gab Landau mit seinem Vorschlag, eine Blasenscheidenfistel aus der Harnleiterfistel zu bilden und in deren oberen Rand den Ureter einmünden zu lassen, und zwar mit seinem renalen Teile. Auf diesem Prinzip basieren alle vaginalen Plastiken. Landaus Verfahren vervollkommnete Schede mit seiner Methode, in zwei Sitzungen zu operieren. Zuerst stellte er eine umsäumte Blasenscheidenfistel neben der Ureterfistel her und umgab dann, nachdem die Wundränder verheilt waren, beide Fisteln, 1—2 cm von ihnen entfernt, mit einem ovalen Anfrischungsschnitt, so daß beim Schluß der Anfrischung ein Scheidenrezessus entstand, in den beide Fisteln mündeten. Da aber die künstliche Blasenscheidenfistel Neigung zur Schrumpfung zeigte, ging Bumm einen Schritt weiter, indem er nach Anlegung der Blasenscheidenfistel den zwischen ihr und der Ureterfistel gelegenen Sporn durchtrennte. Die so hergestellte Ureter-Blasen-Scheidenfistel wurde nach der Schedeschen Art geschlossen.

Während hier noch zweizeitig verfahren wurde, operierte Dührßen einzeitig, indem er die Lappenspaltung benutzte. Die aus Ureterende und Blasenwand bestehende Scheidewand wurde gespalten und darauf Ureter mit Blase, Schleimhaut an Schleimhaut vereinigt. Diese Methode ist jedoch wohl nur bei ungewöhnlich günstigen Verhältnissen ausführbar, wenn keine Narben vorhanden und die Fistel dadurch nicht zu sehr verzerrt ist.

Gegenüber diesen plastischen vaginalen Methoden bedeutet Mackenrodts Verfahren einen großen Fortschritt, der darin besteht, daß sein Bemühen, den Ureter direkt in die Blase zu implantieren, der Therapie der Fisteln neue Wege wies. Mackenrodt operierte folgendermaßen: Zuerst wurde eine Blasenscheidenfistel gelegt, die dicht an die Ureterfistel heranreichte. Darauf wurde die Ureterfistel mit einem ovalen Scheidenlappen umschnitten, alsdann Blasen- und Scheidenwand durch Lappenspaltung von ein-

ander getrennt. Der Scheidenhautlappen wurde eingeklappt und so in die Blasenscheidenfistel hineingenäht, daß die Oberfläche in die Blase hineinschaute. Da sich in den eingenähten Lappen die Ureterfistel öffnete, so war also die Fistel in die Blase eingepflanzt. Trotzdem diese Methode sehr sinnreich ist, kann sie jedoch nur ausgeführt werden, wenn keine Narben vorhanden sind und die Ureterfistel nicht zu weit entfernt ist. Einen Vorzug hat sie aber darin, daß sie auch dann anwendbar, wenn die Fistel kompliziert ist, z. B. siebartig ausmündet; außerdem gibt sie auch keinen Blindsack.

Nachdem einmal der Weg der direkten Implantation des Ureters in die Blase gezeigt worden war, wurden noch viele Modifikationen auf vaginalem Wege angegeben, doch keine derselben vermochte eine erhebliche Bedeutung zu erlangen.

Ein ganz neues Prinzip wurde in die operative Technik eingeführt dadurch, daß man versuchte, nicht von der Scheide, sondern von der Bauchhöhle aus den verletzten Ureter in die Blase einzupflanzen. Nachdem Büdinger und A. Schwarz das Experiment an Tieren glücklich ausgeführt hatten, versuchten Clado, Novaro, Rouffart, Krause, Veit u. a. dasselbe am Kranken mit den besten Erfolgen. Der Ureter wurde sowohl intraperitoneal als auch extraperitoneal in die Blase eingepflanzt. Zur Blüte brachte endlich die abdominale Ureterenimplantation Witzel mit seiner Methode, indem er den verletzten Harnleiter nach Art seiner Magenfisteloperation in einem Schrägkanal in die Blase implantierte. Diese Methode wird wohl heute neben der rein intraperitonealen von Kraus und rein extraperitonealen von Veit am meisten geübt. Zweifellos wird eine dieser Methoden stets dann am Platze sein, wenn es sich um Fisteln nach Operationen handelt.

Der dritte und radikalste Weg, den durch eine Ureterfistel bedingten Harnfluß zu beseitigen, ist die Nephrektomie. Von Simon im Jahre 1869 zum ersten Male erfolgreich ausgeführt, wird sie heute von Fritsch und seinen Schülern

als eine berechtigte Operation geübt und verteidigt, während andere Autoren sie als eine verstümmelnde Operation gänzlich verwerfen. Daß sie, in ganz verzweifelten Fällen angewandt, berechtigt ist, dürfte wohl außer Zweifel stehen, wenn man bedenkt, daß sie am sichersten Heilung bringt, andrerseits das Leben der Operierten durch den Wegfall einer Niere gar nicht gefährdet ist.

Es ergibt sich immer von selbst, auf welchem der drei genannten Wege eine Heilung anzustreben ist. Wenn in leichten Fällen die Fistel per vaginam in Angriff genommen werden soll, so darf man aber andrerseits in schweren Fällen auch nicht vor einer Laparotomie und selbst nicht vor einer Nephrektomie zurückschrecken.

Im folgenden seien die in der Münchener Klinik beobachteten Fälle angeführt.

1. J.-Nr. 59/95.

Frau Therese Z. 60 J.

2 p. normal. Im September 1894 Totalexstirpation des Uterus. Seitdem fortwährendes Harnträufeln.

10. X. Aufnahme in die Klinik.

13. X. In die Scheide ist die linke Vaginalwand invertiert; unterhalb der Spinallinie kommt man an das Ende der Vagina, an der kein Muttermund zu fühlen ist. In der Mitte ist eine Narbe, nach links vorn eine Resistenz in Form eines harten Knötchens zu fühlen. An der Stelle, wo das Knötchen zu fühlen ist, kann man mit einer ganz dünnen Sonde 4 mm tief eindringen.

15. III. Operation: Nach Freilegung der Stelle, die als linke Uretermündung erkannt wurde, wurde eine halbmondförmige Anfrischungsstelle in einer Entfernung von 3 mm von der Uretermündung angelegt. Darauf wurde durch Einführung einer Sonde in die Blase die über der Anfrischungsfläche liegende Partie der darüber liegenden Blasenschleimhaut in einem Durchmesser von 3—4 mm entfernt. Darauf wurde die untere Anfrischungsfläche an den Wundrändern der Blasenöffnung mit Katgut genäht, die ganz nach rechts und nach links in den Ecken sich ein-

stülpenden Scheidenteile wurden noch einmal angefrischt und dann mit Katgut vereinigt. Bei der Milchprobe fließt keine Milch aus.

Alle $1^1/_2$ Stunden katheterisiert, dann alle zwei Stunden.

19. III. Angeblich Harnträufeln.

21. III. Angeblich hat das Harnträufeln aufgehört.

25. III. Entlassen.

2. J.-Nr. 134/99.

Schuhmachersfrau Katharina U. 39 J.

2 p. normal. Am 31. V. 99 Totalexstirpation des Uterus. Seit 9. VI. unwillkürlicher Urinabgang.

16. VI. Am hinteren Ende der Scheide sieht man, daß sich aus einer rechts gelegenen Ureterenfistel von Zeit zu Zeit Urin entleert. Entlassen mit der Bemerkung: Wenn innerhalb von drei Wochen keine Spontanheilung eintritt, zur Operation wiederbestellt.

3. J.-Nr. 169/99; 319/99; 17/00.

Schuhmachersfrau Marie D. 57 J.

5 p. normal. 1. VII. 99 Totalexstirpation des Uterus.

4. VII. Urinabgang per vaginam; katheterisiert.

16. VII. Urinabgang sehr gering.

29. VII. Innere Untersuchung ergibt: Vagina sehr kurz. In die Blase eingelassene Milch fließt nicht per vaginam ab. Aus den obersten Partien sieht man von Zeit zu Zeit hellen Urin abfließen.

5. VIII. Entlassen.

20. XI. Wiederaufnahme.

27. XI. Mit dem Spiegel sieht man im Vaginalgewölbe die quere Narbe. Rechts ist eine gerötete Portio im Vaginalgewölbe. Nach Abhebung einer schräglaufenden Falte tritt eine stark gerötete Schleimhautfläche zutage, und unter derselben befindet sich eine quere Spalte, aus welcher Urin abfließt und in welche ein Katheter eingeführt werden kann. Es führt diese Öffnung in den rechten Ureter.

29. XI. Es wurde zunächst mit zwei Doppelhäkchen die Länge der anzulegenden Wunde an der vorderen

Vaginalwand fixiert, alsdann parallel mit derselben eine 1 cm breite Partie der vorderen Vaginalwand schräg von rechts unten nach links oben aus der ganzen Dicke der Vaginalwand bis aufs Bauchfell exzidiert. Sodann wurde ein Katheter in die Blase eingeführt, auf der zwischen die Häkchen eingepreßten Partie der hinteren Blasen- und vorderen Scheidenwand ein querer Einschnitt gemacht, so daß der Katheter frei zutage trat, und derselbe in der Länge der Scheidenwunde verlängert. Alsdann wurden die beiden Wundecken sorgsam in ihrer Anfrischung korrigiert und endlich die Vereinigung von der Mitte nach beiden Seiten, in einer Entfernung von je 2—3 mm, im ganzen 13 Katgutfäden ausgeführt.

30. XI. Wasserlassen spontan.

3. XII. Es besteht wieder unwillkürlicher Abgang von tiefgelbem Urin aus der Vagina.

9. XII. Die rechtsseitige Hälfte der Wunde ist gut verheilt, während links dicht neben dem Wundwinkel eine rundliche Öffnung besteht, und zwar von Erbsengröße. Das Gewebe ist noch aufgelockert und brüchig, weswegen vorerst an eine Nachoperation noch nicht geschritten wird. Täglich Einführung eines Globulus von Tannin 0,15 Butyr. Cacao 3,0.

20. XII. Mit noch nicht geheilter Fistel entlassen, jedoch mit dem Bedeuten, sich wieder vorzustellen.

16. I. Wiederaufnahme.

20. I. Bei Bloßlegung der im linken Vaginalgewölbe liegenden Narbe sieht man eine erbsengroße gerötete Partie derselben. Von hier kann man in die Blase eindringen. Außerdem sind in der nach rechts gelegenen Narbe zwei kaum für sehr dünne Sonden durchgängige Öffnungen, welche in die Blase führen.

23. I. Die Fistel wird umschnitten und nach Lauenstein geschlossen.

25. I. Unwillkürlicher Harnabgang. Tanninglyzerintampons.

3. III. Die sehr kleine Öffnung wird mit dem Nadelpaquelin verschorft.

7. III. Urinabgang.

23. III. Verschorfung.

28. III. Verschorfung.

26. IV. Im ganzen wurde die Fistel siebenmal kauterisiert.

24. V. Pat. wird auf eigenen Wunsch ungeheilt entlassen.

4. J.-Nr. 234/01.

Stationsdienersfrau Marie K., 43 J.

2 p. normal; 1. VII. 1901 Totalexstirpation des Uterus. Seit dieser Zeit Urinabgang durch die Scheide.

27. XI. Im Vaginalgewölbe fand sich rechts eine Seidennaht, in der Mitte eine 1 cm breite Vertiefung, in deren linker Ecke eine nicht ganz stecknadelkopfgroße Öffnung sichtbar war, aus der von Zeit zu Zeit etwas Urin hervortrat. Verschiedene Versuche mit einer Metallsonde zuerst und dann mit einem Bougie, tiefer wie 1 cm in dieselbe einzudringen, mißlangen, bis schließlich bei wiederholten Versuchen unter Überwindung des kallösen Hindernisses erst die Metallsonde dünnsten Kalibers und dann eine dünne Uterussonde hoch hinauf geführt werden konnte. Schließlich wurde ein elastisches Katheter etwa 10 cm weit hinaufgeführt und liegen gelassen. Derselbe wird benutzt, um die Menge und Beschaffenheit des Sekretes der linken Niere zu konstatieren und um hinterher bei der Operation gebraucht zu werden.

7. XII. Es wurde zunächst in den linken Ureter ein langes Bougie möglichst weit hinaufgeschoben, dann die hintere Vaginalwand mit Kugelzangen an den Enden der anzulegenden Wunde fixiert, in der Breite von 1 cm exzidiert, darauf die mittelstarke Uterussonde in die Blase eingeführt und ein schräg verlaufender Schnitt vis-à-vis der Scheidenwände angelegt; die Schleimhaut breit gespalten. Das untere Ende des Bougies wurde mit einer Köberle-Pinzette durch Blase und Urethra hervorgezogen

und schließlich die Blase mit der Scheidenwand durch elf feine Seidennähte verknotet.

8. XII. Bougie entfernt.

9. XII. Kein unwillkürlicher Urinabgang.

12. XII. Etwas Urin geht ab.

23. XII. Beständiges Urinträufeln. Pat. ungebessert entlassen; sie soll Ende Januar wiederkommen.

Es ist auffallend, daß bei einem so reichhaltigen Material, wie es die Münchener Universitäts-Frauenklinik bietet, in einem Zeitraume von 16 Jahren so wenig Ureterenfisteln aufzufinden sind. Es mag dies zum Beweise der Seltenheit dieses Leidens dienen; von 64 Urogenitalfisteln sind es nur 4 Ureterfisteln, also 6,3 %. Was wir bereits oben über die Ätiologie gesagt haben, trifft auch hier zu, denn alle Ureterverletzungen sind nach der Totalexstirpation des Uterus eingetreten.

Was die Therapie in unseren Fällen anbetrifft, so sehen wir, daß in drei Fällen die Heilung durch plastischen Verschluß der Fistel angestrebt wurde; in einem Falle wurde mit Spontanheilung gerechnet. Es ist aber aus keiner der vier vorliegenden Krankengeschichten mit Sicherheit zu entnehmen, daß ein Erfolg erzielt wurde. Im ersten Falle wurde die Frau zehn Tage nach der Operation entlassen, obwohl sechs Tage vorher Harnträufeln bestanden haben soll, das allerdings wieder nach zwei weiteren Tagen angeblich aufhörte. Im Fall 4 scheint zwar die Ureterfistel geheilt worden zu sein; es entstanden jedoch Blasenscheidenfisteln, die nicht geheilt wurden. Und im letzten Falle mußte die Patientin ungeheilt entlassen werden.

Vergleichen wir nun den Heilerfolg der Ureterenfistel mit dem der Blasengenitalfistel, so ist hier das Resultat noch trauriger.

Es wäre zwecklos, des geringfügigen Materials an Ureterenfisteln wegen, diese Fälle gesondert statistisch zu verwerten. Deshalb kommen sie hier nur als Gesamtheit von Urogenitalfisteln in Betracht. Und so können wir nur

das wiederholen, was bereits bei Besprechung der Blasengenitalfisteln gesagt wurde, daß nach unserem Material nur jede zweite, an einer Urogenitalfistel erkrankte Frau von ihrem Übel befreit werden kann. Ein trauriger Gedanke! Wird die Zukunft bessere Resultate aufweisen können?

Solange die Statistik in solchen Zahlen spricht, solange dürfte wohl das Kapitel über die Urogenitalfisteln des Weibes nicht geschlossen sein. Daher möge auch die Veröffentlichung dieses in mancher Hinsicht wertvollen Materials gerechtfertigt sein.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle Herrn Privatdozenten Dr. K. Baisch meinen Dank auszusprechen, der in liebenswürdigster Weise mir bei Anfertigung dieser Arbeit behilflich war.

Literatur.

W. A. Freund, Kurze Geschichte der Urinfisteln des Weibes. Klinische Beiträge zur Gynäkologie von Betschler und Freund. Breslau 1862.

Dieffenbach, Die operative Chirurgie. 1845. Bd. I.

Fritsch, Handbuch der Gynäkologie von I. Veit. Wiesbaden 1897. Bd. II.

— Die Krankheiten der Frauen. 11. Aufl. Leipzig 1905.

— Zentralblatt für Gynäkologie. 1888. Nr. 49.

— Zentralblatt für Gynäkologie. 1893. Nr. 45.

Küstner, Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. Bearbeitet von Bumm, Doederlein, Krönig, Rosthorn u. d. Verfasser. 3. Aufl. Jena 1908.

Kilian, Chirurgische Operationen des Geburtshelfers. Bonn 1856.

J. de Lamballe, Traité de chirurgie plastique. Paris 1849.

— Traité des fistules. Paris 1852.

Bozeman, Urethr.-vag. and vesic.-vag. fist. New-York 1857.

Gustav Simon, Über die Operation und Heilung der Blasenscheidenfisteln. Rostock 1862.

Trendelenburg: Volkmann, Sammlung klin. Vorträge. 1890. Nr. 335.

Bardenheuer, Archiv für klinische Chirurgie. Bd. XLII. S. 362.

von Dittel, Wiener klinische Wochenschrift. 1893. Nr. 25.

Rydygier, Berliner klinische Wochenschrift. Bd. XXIV. Nr. 31.

Walcher, Zentralblatt für Gynäkologie. 1889. Nr. 1.

Mackenrodt, Zentralblatt für Gynäkologie. 1894. S. 180.

Freund: Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 118.

Bandl, Die Bozemannsche Methode der Blasenscheidenfistel-Operation und Beiträge usw. Wien 1883.

— Wiener medizinische Presse. 1881. Nr. 39, 40.

Hofmeier (Schroeder), Handbuch d. Frauenkrankheiten. 14. Aufl. Leipzig 1908.

Dissertationen:

Karl Boden. Würzburg 1895.

Georg Zickel. Breslau 1902.

Max Sontag. Greifswald 1892.

J. Silbernagel. Würzburg 1888.

Johannes Daerr. Greifswald 1905.

Salomo Baer. München 1894.

Lebenslauf.

Ich, Maryan Maryński, wurde am 10. Juli 1883 zu Kosten (Provinz Posen) geboren. Den ersten Unterricht genoß ich in der Volksschule zu Wreschen; darauf besuchte ich das Königliche Augusta-Viktoria-Gymnasium zu Posen, das ich Ostern 1904 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Um Medizin zu studieren, bezog ich die Universitäten München, Greifswald, wo ich 1906 meine ärztliche Vorprüfung bestand. Darauf studierte ich in Königsberg i. Pr., Würzburg und München; an letzterer Universität bestand ich am 23. Februar 1910. meine ärztliche Staatsprüfung.

Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.